

ETAT D'EMARGEMENT COLLECTIF

(Remplir une fiche par module de formation)

INTITULE ET N° DU STAGE :

LIEU DU STAGE :

DATE DE L'EMARGEMENT (jour/mois/année) :

NOM DU OU DES FORMATEURS :

CLIENT / FINANCEUR DU STAGE :

INTITULE DU MODULE DE FORMATION :

NOMS - PRENOMS DES STAGIAIRES	EMARGEMENTS		NOMBRE D'HEURES- STAGIAIRES
	Matin (horaire : de ... h ... à ... h ...)	Après-midi (horaire : de ... h ... à ... h ...)	
	TOTAL HEURES- STAGIAIRES		

Certifié exact par l'organisme,
par M.
Date :
Signature

.....Signature du ou des formateurs



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFECTURE DE LA RÉGION AUVERGNE-RHONE-ALPES

DIRECCTE AUVERGNE-RHONE-ALPES

Service régional de contrôle

1 boulevard Vivier Merle

69443 LYON

Téléphone : 04.72.68.29.00

**RÉCÉPISSÉ DE DÉCLARATION D'ACTIVITÉ
D'UN PRESTATAIRE DE FORMATION**

(Application de l'article R. 6351-6 du code du travail)

DÉCLARANT	
Dénomination :	TABIA RAFIK
Adresse :	8 RUE BANTHEVENIN 01800 MEXIMIEUX
Adresse postale :	42 B RUE JULES MICHELET 01100 OYONNAX (01100)
N° SIRET :	40354347300041
CODE NAF :	8553Z - Enseignement de la conduite
Statut :	Travailleur indépendant

Numéro de déclaration d'activité :
84010185601
Attribué le 02/05/2017

Fait à LYON, le 02/05/2017

CODE DE SÉCURITÉ

XPBTF2T9177FFKY

La vérification de l'authenticité et de la validité de ce document s'effectue sur www.urssaf.fr

MR TABIA RAFIK
AUTO ECOLE PHENIX
42 B RUE JULES MICHELET
01100 OYONNAX

En votre qualité d'employeur, la présente attestation de fourniture des déclarations et de paiement des cotisations de Sécurité sociale et d'allocations familiales, de contributions d'assurance chômage et de cotisations AGS, vous est délivrée :

- pour un effectif de 2 salariés,
- pour une masse salariale de 3056 euros,
- au titre du mois de décembre 2016,
- et au titre du (des) établissement(s) suivant(s) :

ÉTABLISSEMENTS CONCERNÉS

NUMÉRO SIRET

AUTO ECOLE PHENIX
42 B RUE JULES MICHELET

01100 OYONNAX

40354347300082

ATTESTATION DE L'UNION DE RECouvreMENT

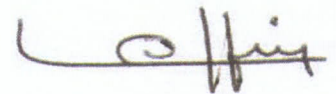
La présente attestation ne préjuge pas de l'exactitude des bases sur lesquelles elle a été établie et ne vaut pas renonciation au recouvrement des éventuelles créances contestées.

Le Directeur soussigné certifie qu'au titre du (des) établissement(s) ci-dessus désigné(s), l'entreprise est à jour de ses obligations en matière de cotisations de Sécurité sociale et d'allocations familiales, de contributions d'assurance chômage et de cotisations AGS* à la date du 31/12/2016.

Fait à : VENISSIEUX
le : 17/03/2017

Le Directeur
ou son délégué

* Cette attestation concerne les contributions d'assurance chômage et cotisations AGS dues au titre des rémunérations versées à compter du 1er janvier 2011. Pour les périodes antérieures à cette date, il convient de se rapprocher de Pôle Emploi.



C. LOPPIN