

**BULLETIN DE DÉCLARATION D'ACTIVITÉ D'UN PRESTATAIRE DE FORMATION**  
(art. L. 6351-1, R. 6351-1 à R. 6351-5 du code du travail)

**NUMERO DE DÉCLARATION** (Cadre réservé à l'Administration)

Date de délivrance : | | | | | | | | | |

Numéro attribué : | | | | | | | | | | | | | | | |

Vous déclarez un organisme établi en France  
(cochez la case)

Renseigner tous les cadres sauf le cadre B

Vous déclarez un organisme sans établissement en France  
(cochez la case)

Renseigner dans le cadre A les coordonnées du  
représentant en France et dans le cadre B les coordonnées  
de l'organisme déclarant

**A. IDENTIFICATION DU DÉCLARANT**

N° SIRET : CODE NAF : 

Dénomination, sigle :

Adresse :

Code postal :  Commune : Tél.  Fax  Email : 

Si l'adresse postale est différente :

Dénomination, sigle :

Adresse :

Code postal :  Commune : 

**B. IDENTIFICATION DE L'ORGANISME ÉTRANGER**

Dénomination, sigle :

Adresse :

**C. ACTIVITE DU DÉCLARANT**

Date de signature de la convention ou du contrat joint à l'appui de la demande de déclaration Date de début de l'exercice comptable Date de fin de l'exercice comptable Si vous avez déjà eu une activité de formation professionnelle, ancien numéro de déclaration 

Activité principale (en clair) :

<b>D. STATUT DE L'ORGANISME (Cocher la case)</b>					
Travailleur indépendant	<input type="checkbox"/>	1.010	Organismes du ministère en charge de l'éducation nationale	<input type="checkbox"/>	2.150
Entreprise unipersonnel à responsabilité limitée (EURL)	<input type="checkbox"/>	1.015	Greta	<input type="checkbox"/>	2.151
Société à responsabilité limitée (SARL)	<input type="checkbox"/>	1.020	Hors Greta	<input type="checkbox"/>	2.152
Société anonyme (SA)	<input type="checkbox"/>	1.030	Supérieur	<input type="checkbox"/>	2.153
Société en nom collectif (SNC)	<input type="checkbox"/>	1.040	CNAM	<input type="checkbox"/>	2.160
Commandite simple	<input type="checkbox"/>	1.050	CNEC	<input type="checkbox"/>	2.170
Commandite par actions	<input type="checkbox"/>	1.060	Organismes du ministère en charge de la santé	<input type="checkbox"/>	2.180
Société civile	<input type="checkbox"/>	1.070	Organismes du ministère en charge de l'agriculture	<input type="checkbox"/>	2.190
Association loi de 1901 ou de 1908	<input type="checkbox"/>	1.100	Organismes consulaires (CCI)	<input type="checkbox"/>	2.201
Association syndicale (loi de 1884)	<input type="checkbox"/>	1.110	Organismes consulaires (chambres de métiers)	<input type="checkbox"/>	2.202
Société coopérative	<input type="checkbox"/>	1.121	Organismes consulaires (chambres d'agriculture)	<input type="checkbox"/>	2.203
Groupement d'intérêt économique	<input type="checkbox"/>	1.130	Autres publics	<input type="checkbox"/>	2.240
Autres privés	<input type="checkbox"/>	1.140			
Précisez :		Précisez :			

<b>E. NOMBRE DE PERSONNES DISPENSANT DES HEURES DE FORMATION A LA DATE DE LA DÉCLARATION</b>	
<u>Personnes de votre organisme : nombre de formateurs</u>	
Travailleur indépendant / gérants non salariés .....	<input type="text"/>
Salariés sous contrat de travail à durée indéterminée .....	<input type="text"/>
Salariés sous contrat de travail à durée déterminée .....	<input type="text"/>
Formateurs occasionnels salariés dont l'activité de formation est inférieure à 30 jours par an .....	<input type="text"/>
Bénévoles .....	<input type="text"/>
<u>Nombre total de personnes de votre organisme dispensant des heures de formation</u> .....	<input type="text"/>
<u>Nombre de personnes extérieures à votre organisme dispensant des heures de formation dans le cadre de contrats de sous-traitance</u> .....	
	<input type="text"/>
<u>Nombre total de personnes dispensant des heures de formation</u> .....	<input type="text"/>

<b>F. SPÉCIALITÉS DE FORMATION DISPENSÉES AU TITRE DE LA PREMIÈRE CONVENTION OU DU PREMIER CONTRAT (voir liste des codes par spécialités indiquée dans la notice)</b>	
<input type="text"/>	Code <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Précisions éventuelles pour les domaines de formation :	
<input type="text"/>	

<b>G. PERSONNES AYANT UNE FONCTION DE DIRECTION OU D'ADMINISTRATION DU PRESTATAIRE DE FORMATION</b>
Nom, prénom et qualité : <input type="text"/>
<input type="text"/>
Nom, prénom et qualité : <input type="text"/>
<input type="text"/>
Nom, prénom et qualité : <input type="text"/>
<input type="text"/>

Nom du signataire :

Qualité :

À , le

Signature :

Cachet du déclarant
---------------------