

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

*A retourner par fax au 01 48 74 16 90 ou par mail à [contact@ifsecc.com](mailto:contact@ifsecc.com)*

### L'ENTREPRISE

Dénomination : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Nom du chef d'entreprise : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

N°Siret : \_\_\_\_\_ Code APE : \_\_\_\_\_

Activité principale : \_\_\_\_\_

Convention collective : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Caisse de retraite complémentaire : \_\_\_\_\_

Organisme de prévoyance : \_\_\_\_\_

Nombre de salariés : \_\_\_\_\_

Organisme de financement (organisme collecteur) : \_\_\_\_\_

### LE TUTEUR

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Qualification : \_\_\_\_\_

### LE SALARIE

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

### LE CONTRAT

Début de contrat : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Fin de contrat : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Emploi occupé : \_\_\_\_\_

### LA FORMATION

Intitulé du diplôme : \_\_\_\_\_