

**LISTE DES FORMATEURS**  
INTERVENANT DANS L'ORGANISME DE FORMATION  
A LA DATE DE LA DEMANDE DE DÉCLARATION D'ACTIVITÉ

Dénomination et adresse de l'organisme de formation :

.....  
.....

1. Votre organisme emploie :
- des **formateurs salariés** (sous CDD ou CDI),
  - ou, pour les associations, fait appel à des **bénévoles**,
  - ou, pour les sociétés, fait appel à des **associés**
- renseignez le tableau suivant :

| Nom et prénom de l'intervenant | Date d'embauche | Statut<br>CDD, CDI - bénévoles - associés | Titres, diplômes, qualités,<br>expérience |
|--------------------------------|-----------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|
|                                |                 |                                           |                                           |
|                                |                 |                                           |                                           |
|                                |                 |                                           |                                           |
|                                |                 |                                           |                                           |
|                                |                 |                                           |                                           |

Au delà de 5 intervenants, joindre une liste complémentaire avec présentation identique

2. Votre organisme fait appel à des **sous-traitants** (via un contrat de sous-traitance ou de prestation de service), renseignez le tableau suivant : *Je vous rappelle que vos sous-traitants doivent être déclarés auprès des organismes de recouvrement (URSSAF ...)*

| Nom et prénom de l'intervenant | Nom de l'organisme | Adresse | Titres, diplômes, qualités,<br>expérience |
|--------------------------------|--------------------|---------|-------------------------------------------|
|                                |                    |         |                                           |
|                                |                    |         |                                           |
|                                |                    |         |                                           |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Au delà de 5 intervenants, joindre une liste complémentaire avec présentation identique

3. Votre activité est exercée en tant que **travailleur indépendant ou dirigeant** :

|                                        |
|----------------------------------------|
| Titres, diplômes, qualités, expérience |
|                                        |

Fait à ....., le .....  
 Nom du signataire :                      Signature :  
 .....  
 Qualité du signataire :  
 .....

|                       |
|-----------------------|
| Cachet de l'organisme |
|                       |