



Université de Bretagne Occidentale



### FICHE DE RENSEIGNEMENTS ENTREPRISE

#### Licence Professionnelle Agronomie, parcours Management des Organisations Agricoles (LP MOA)

Ce document est à retourner au Centre d'Alternance et de Formation Continue de l'IUT de Brest-Morlaix, Rue de Kergoat CS93837 29238 Brest cedex 3 ou par mail à [cafc.iutbrestmorlaix@univ-brest.fr](mailto:cafc.iutbrestmorlaix@univ-brest.fr)

Il est nécessaire à l'édition de la CONVENTION DE FORMATION par l'IUT.

|   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <b>Type de contrat</b> (cocher la case) |   | <input type="checkbox"/> <b>Contrat d'apprentissage</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Contrat de professionnalisation</b> |
| <b>Raison sociale :</b>                 | <b>Adresse complète</b>   |  |   |
| <b>Nom commercial :</b>                 |   |  |   |
| Téléphone :                             |   |  |   |
| Courriel :                              |   |  |   |
| <b>Signataire de la convention</b>      | <b>Contact administratif</b> (contrat, facturation...)  | <b>Numéro de SIRET :</b>   |   |
| NOM :                                   | NOM :   | <b>Convention collective :</b>   |   |
| Prénom :                                | Prénom :  | <b>N°IDCC :</b>  |   |
| Fonction :                              | Tél :   | Nombre de salariés :   |   |
| Tél :                                   | Courriel :  |  |   |
| Courriel :                              |   |  |   |
| <b>Salarié en alternance :</b>          | <b>Maître d'apprentissage ou tuteur dans l'entreprise :</b> (Contact avec le centre de formation) | <b>Lieu d'exécution du contrat si différent de l'adresse de l'entreprise :</b>   |   |
| NOM :                                   | NOM :   |  |   |
| Prénom :                                | Prénom :  |  |   |
| <b>Dates du contrat :</b>               | Fonction :  |  |   |
| Date de début de contrat :              | Tél :   |  |   |
| Date de fin de contrat :                | Courriel :  |  |   |
| <b>Coordonnées de l'OPCO :</b>          | <b>Montant pris en charge par l'OPCO :</b>  | <b>Si une facture doit être adressée à l'entreprise, adresse de facturation (si différente de l'adresse de l'entreprise indiquée ligne 1):</b> |   |
| Nom                                     | <b>Facture adressée directement à l'OPCO</b>  |  |   |
| Adresse :                               | (entourez la réponse) : Oui Non   |  |   |
| Tél :                                   |   |  |   |