

Demande par le stagiaire du remboursement de son salaire net correspondant aux jours de formation dans le cadre d'une perte de salaire liée à un CFESS

**A renvoyer à la FGTE avant le début de la formation
Joindre l'attestation de perte de salaire***

LE STAGIAIRE :

Nom : Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville :
Tel :

L'ENTREPRISE :

Nom :
Adresse :
Code postal : Ville :
Tel :

LA FORMATION :

Intitulé de la formation :
Date et lieu :
Montant de la perte de salaire chargé :

Fait à le

Signature du stagiaire

Cadre réservé à La FGTE

Demande reçue le :

Paiement des pertes de salaires :

Signature du Trésorier :