

CONTRAT DE FORMATION PROFESSIONNELLE

(Articles L. 6353-3 à L. 6353-7 du Code du travail)

Centre de formation SARAH NAIL ART

Numéro de déclaration d'activité de l'organisme de formation :
44510177351

Numéro SIREN de l'organisme de formation : 80539711400028

Adresse de l'organisme de formation

20 Rue de Châlons 51 130 VERTUS

Nom et Prénom de la stagiaire :

Adresse :

Tel :

Mail :

I – OBJET

En exécution du présent contrat, l'organisme de formation s'engage à organiser l'action de formation intitulée : Formation technique prothésiste ongulaire, module :

Nom de la formation :

Nombre de jours :

II – NATURE ET CARACTERISTIQUES DES ACTIONS DE FORMATION

- Elle a pour objectif : L'apprentissage de techniques de base pour la prothésie ongulaire
- Sa durée est fixée à : xx heures

Le programme détaillé de l'action de formation est explicité ci-dessous ou figure en annexe de la présente convention.

III – NIVEAU DE CONNAISSANCES PREALABLES NECESSAIRE

Aucun pour les débutants, base pour le perfectionnement.

IV – ORGANISATION DE L'ACTION DE FORMATION

• L'action de formation aura lieu le :

- Adresse complète : 20 Rue de Châlons 51130 VERTUS

Horaires : h- h / h- h

3 boulangeries/ 2 brasseries à 100m (carrefour market et leclerc express à 3mn à pied)

• Elle est organisée pour un effectif de 4 stagiaires maximum

Les conditions générales dans lesquelles la formation est dispensée, notamment les moyens pédagogiques et techniques, sont les suivantes : Matériel nécessaire mis à disposition

Toute dégradation du matériel par l'élève donnera lieu au paiement de celui-ci (Lampe/ ponceuse/ pinceaux/ gel)

Les conditions détaillées figurent ci-dessous ou en annexe du présent contrat.

• Les diplômes, titres et références de(s) personne(s) chargée(s) de la formation sont indiqués ci-dessous :

- Formatrice en prothésie ongulaire. Extension de cils, volume russe, réhaussement de cils , maquillage épilation
- Base Gel UV
- Perfectionnement
- Polygels
- One Stroke
- Mixte
- Traits fins
- No Form Gel
- Création d'entreprise

V – MOYENS PERMETTANT D'APPRECIER LES RESULTATS DE L'ACTION

Évaluation en condition réelle des techniques acquises

VI – SANCTION DE LA FORMATION

Attestation de formation

VII– Madame _____ s'engage à ne pas exercer la profession de formatrice en prothésie ongulaire. Cette clause de non concurrence s'applique :

- Sur une zone géographique de 100 kms autour de la commune de VERTUS 51130
- Pendant une durée de 2 ans

Sauf cas de partenariat en freelance AVEC LE CENTRE DE FORMATION SARAH NAIL ART EXCLUSIVEMENT

EN CAS DE NON RESPECT DE LA PRESENTE CLAUSE PAR MADAME _____ , LE CENTRE DE FORMATION SARAH NAIL ART SE RÉSERVE LE DROIT DE DEMANDER LE VERSEMENT DE DOMMAGES ET INTÉRÊTS .

VIII– MOYENS PERMETTANT DE SUIVRE L'EXECUTION DE L'ACTION

Feuilles de présences

IX – DELAI DE RETRACTATION

A compter de la date de signature du présent contrat, le stagiaire dispose d'un délai de 10 jours pour se rétracter. Il en informe l'organisme de formation par lettre recommandée avec accusé de réception. Dans ce cas, aucune somme ne peut être exigée du stagiaire.

X – DISPOSITIONS FINANCIERES

Le prix de l'action de formation est fixé à _____ € TTC

Le stagiaire s'engage à verser **A RECEPTION DU CONTRAT AVANT LE _____ :**

- **RENOYER** le contrat signé acompte fait de _____ € par virement (cf RIB joint) ou paypal à l'adresse sarahnailart@outlook.com

- _____ € le jour de la formation par carte bancaire ou espèce. Une facture sera éditée.

- **A envoyer au plus tard 10 jours après la réception du contrat .**

- **A ENVOYER AU PLUS TARD LE _____**

- **A L'ADRESSE :**

- **SARAH NAIL ART CENTRE DE FORMATION**

20 rue de Chalons

51130 VERTUS

Ce montant ne sera plus récupérable après le délai de rétractation de 7 jours et ce quel que soit le motif d'annulation

XI- INTERRUPTION DU STAGE

- En cas de cessation anticipée de la formation du fait de l'organisme de formation ou l'abandon du stage par le stagiaire pour un autre motif que la force majeure dûment reconnue, le présent contrat est résilié selon les modalités financières suivantes : Total dû
- Si le centre de formation n'est pas en mesure d'assurer la formation à la date initiale, 2 dates seront proposées en remplacement de celle-ci en fonction de la disponibilité du centre.
- Si annulation par la stagiaire dans les 10 jours précédents la formation , le centre se verra dans l'obligation de conserver l'acompte versé.
- Si le stagiaire est empêché de suivre la formation par suite de force majeure dûment reconnue, le contrat de formation professionnelle est résilié. Dans ce cas, seules les prestations effectivement dispensées sont dues au prorata temporis de leur valeur prévue au présent contrat.

Pour qu'un cas de force majeur « médical » soit accepté, une hospitalisation est nécessaire.

En cas d'hospitalisation un bulletin de situation de l'hôpital sera exigé

Nous vous rappelons qu'un contrat vous engage et doit être respecté. Merci de prendre vos dispositions personnelles et professionnelles suffisamment à l'avance pour garantir votre présence le(s) jour(s) de formation.

Les maladies de connaissances ou proches ne pourront tenir lieu de force majeure. Le décès de proches ou connaissances (hors parents/fratrie/enfants uniquement) ne pourront tenir lieu de force majeure (si l'un de ces évènements devaient malheureusement survenir, nous vous invitons à nous communiquer au plus vite une pièce justificative)

XII- CAS DE DIFFEREND

Si une contestation ou un différend n'ont pu être réglés à l'amiable, le tribunal de Châlons sera seul compétent pour régler le litige.

Fait en double exemplaire, à Vertus , le __/__/__

Pour le stagiaire

Parapher chaque page du présent contrat et signer (nom, prénom du signataire)

Pour l'organisme de formation (nom, qualité du signataire)
Signature



LEFEVRE-CHENOT Priscilla