

MODÈLE DE FORMULAIRE DE RÉTRACTATION

Veillez compléter et renvoyer le présent formulaire uniquement si vous souhaitez vous rétracter de votre contrat, dans les quatorze jours suivant sa signature.

NOM Prénom du stagiaire :

Adresse :

Adresse email :

Téléphone :

COOP EDUC FORMATION
29 Rue Bernard Labrosse
26140 Anneyron

N°Siret 97862928500013

Déclaration d'activité n° 84260368526 auprès du Préfet de la région Auvergne Rhône Alpes

Objet : rétractation du contrat de formation

Madame,

Je vous notifie par la présente ma rétractation du contrat de formation professionnelle
conclu le/...../.....,

Relatif à l'action intitulée

Prévue le :/...../.....,

Numéro de formation :

À..... le / /

Nom et prénom du Participant

Signature