*Formulaire de rétractation**

(Veuillez compléter et renvoyer le présent formulaire par e-mail uniquement si vous souhaitez vous rétracter du contrat)

A l'attention de :

Organisme de formation Savoirs Nomades Formations by WORKeLAB

Adresse postale : 46 rue Saint-Antoine 69003 Lyon, France

Adresse électronique : contact@savoirs-nomades-formations.com

Whatsapp/Telegram : +336 20 37 51 16

N°Siret : 84809238300027

Déclaration d'activité n°84691688969 auprès du Préfet de la région Auvergne-Rhône-Alpes

Je vous notifie par la présente ma rétractation du contrat de formation professionnelle conclu le ……/……/…., relatif à l'action intitulée ……. prévue le …….

Nom Prénom du stagiaire :

Adresse :

À..... le ..... / ..... / .....

(nom et prénom du stagiaire)

Signature

NDLR : formulaire tenant compte des dispositions de l'annexe à l'article R 121-1 du code de la consommation, à joindre au contrat à contact@savoirs-nomades-formations.com

Sous les recommandations de DIRECCTE Occitanie modèle octobre 2016