

**DEMANDE DE PRESTATIONS**  
**PERTE DE GAIN - ECOLAGE - FORMATION CONTINUE**  
**COURS DE L'ORDONNANCE SUR L'ADMISSION DES CHAUFFEURS**  
**PROFESSIONNELS (OACP)**

● **Indications concernant le requérant**

Nom et prénom	_____
Date de naissance	_____
Etat civil	_____
Adresse complète	_____
No postal	_____
Lieu	_____

● **Adresse de paiement**

Remboursement exclusivement à l'entreprise	
Nom de l'entreprise	_____
Adresse de l'entreprise	_____
Date d'entrée dans l'entreprise	_____
No CCP ou No de cpte bancaire	_____
IBAN	_____
Nom et adresse de la banque	_____

● **Désignation du cours**

Ecole / Centre de formation	_____	Lieu des cours	_____
Date de début de formation	_____	Date fin de formation	_____
Fréquentation du cours (nombre) de jours ouvrés	_____	de ½ jours ouvrés	_____

● **Attestation**

La présente demande doit être accompagnée d'une copie de l'attestation de suivi du cours ainsi que des copies des fiches de salaires pour les périodes de cours suivis.

Lieu et date : \_\_\_\_\_

Signature et timbre de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Signature du requérant : \_\_\_\_\_

**Formulaire à retourner dûment rempli à : CPPJ, Case postale 5278, 1211 Genève 11**