



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Organisme gestionnaire

Centre de formation

DEMANDE D'ADMISSION AU BÉNÉFICE DES RÉMUNÉRATIONS DES STAGIAIRES DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE

(Livre IX du Code du Travail)  N°11971*02

CACHET

À REMPLIR PAR LE STAGIAIRE

ETAT CIVIL

M. Mme Mlle

Votre nom de naissance _____

Votre nom d'épouse ou d'époux (éventuellement) _____

Votre prénom _____

Votre date de naissance _____ à _____

Votre nationalité Française Union européenne Autre (à préciser) _____

Votre domicile habituel avant le stage	_____	_____
	numéro	rue ou lieu dit
	_____	_____
	code postal	commune

Votre adresse électronique _____ @ _____

Votre domicile est à _____ km du centre de formation

S'il y a eu changement de résidence pour la durée du stage, indiquer la nouvelle adresse :

Votre nouvelle adresse	_____	_____
	numéro	rue ou lieu dit
	_____	_____
	code postal	commune

VOTRE SITUATION FAMILIALE

• Vous êtes :

célibataire marié(e) en union libre pacsé(e) veuf(ve) séparé(e) divorcé(e)

• Vous avez : _____ enfants

RÉGIME DE PROTECTION SOCIALE

Votre numéro de sécurité sociale _____

Vous êtes affilié(e) :

au régime général à la caisse de : _____ département : _____

au régime d'assurance maladie des exploitants agricoles en tant que : exploitant conjoint
 associé d'exploitation aide familial

au régime des salariés agricoles en tant que : salarié d'exploitation salarié d'organisme agricole

à un autre régime (précisez lequel) : _____

Vous n'êtes pas affilié(e) à titre personnel (par exemple : ayant-droit)

MODE DE PAIEMENT SOUHAITÉ

virement bancaire virement postal autre, à préciser _____

POUR SUIVRE LES PAGES SUIVANTES

1 VOTRE SITUATION À L'ENTRÉE EN STAGE

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE NIVEAU DE FORMATION (cochez les cases qui correspondent à votre situation) :

Votre dernière classe suivie :

- Primaire, 6^e, 5^e, 4^e, CPA, CPPN ou CLIPA
- 3^e ou première année de CAP ou BEP
- 2^de, 1^ère de l'enseignement général ou 2^e année de CAP ou BEP
- Terminale
- 1^ère ou 2^e année de DEUG, DUT, BTS, école des formations sanitaires et sociales.
- Classes de 2^e ou 3^e cycle de l'enseignement supérieur

Votre diplôme le plus élevé obtenu :

- Aucun diplôme
- Certificat d'étude primaire (CEP)
- Brevet des collèges (BEPC)
- CAP ou BEP
- Baccalauréat général, technologique ou professionnel
- DEUG, DUT, BTS ou autre diplôme de niveau Bac+2
- Diplôme de niveau Bac+3 ou plus

VOUS ÊTES BÉNÉFICIAIRE DU RMI oui non
DE L'API oui non

si oui, à quel titre : à titre d'allocataire à titre d'ayant droit

VOUS ÊTES SANS EMPLOI

• Inscrit à l'ANPE oui non

Si oui, depuis combien de temps en continu :

- moins de 6 mois
- 6 à 11 mois
- 12 à 23 mois
- 24 mois et plus

Situation auprès de l'ASSEDIC :

- Vous avez fait une demande d'indemnisation auprès de l'ASSEDIC oui non
- Vous avez un dossier de demande d'indemnisation en cours auprès de l'ASSEDIC oui non
- Vous n'êtes plus indemnisé(e) par l'ASSEDIC depuis le :
- Vous êtes indemnisé(e) par l'ASSEDIC au titre de : l'allocation de retour à l'emploi
 l'allocation d'insertion
 l'allocation de solidarité spécifique
- Vous n'avez jamais été salarié dans ce cas, reportez-vous directement p.3

2 ACTIVITÉS ANTÉRIEURES

- Vous avez exercé une activité salariée pendant une durée inférieure à 6 mois
- Vous avez exercé une activité salariée pendant 6 mois ou 910 heures au cours d'une période de 12 mois ou pendant 12 mois ou 1 820 heures au cours d'une période de 24 mois
- Vous effectuez un stage d'une durée supérieure à un an et vous avez exercé une activité professionnelle durant trois ans ou plus
- Vous êtes un ancien agent du secteur public et vous avez exercé une activité salariée pendant 6 mois ou 910 heures au cours d'une période de 12 mois ou pendant 12 mois ou 1 820 heures au cours d'une période de 24 mois

VOTRE PARCOURS PROFESSIONNEL EN FRANCE ET/OU À L'ÉTRANGER

• Indiquez ci-dessous en partant de la plus récente, vos activités professionnelles salariées, non salariées, de formation ou de chômage précédant l'entrée en stage :

PÉRIODE		VOTRE ACTIVITÉ	NOM DE VOTRE EMPLOYEUR (ou du centre de formation)	ADRESSE DE VOTRE EMPLOYEUR (ou du centre de formation)
du	au			

À REMPLIR PAR LE STAGIAIRE

Rubriques 3, 4, 5, 6 : à ne remplir que si vous êtes concerné.

3 Vous êtes à la recherche d'un emploi et appartenez à l'une de ces catégories

- Vous êtes mère d'au moins trois enfants
- Vous êtes veuf(ve), divorcée(e), séparé(e) judiciairement depuis moins de trois ans
- Vous êtes veuf(ve), divorcée(e), séparé(e), abandonné(e), célibataire et vous assumez seul(e) la charge d'au moins un enfant résidant en France
- Vous êtes une femme seule enceinte

4 Vous êtes travailleur non salarié

- agriculteur artisan commerçant profession libérale marin-pêcheur autre (précisez) _____

5 Vous êtes travailleur handicapé

- Vous percevrez durant le stage des indemnités journalières pour maladie versées par la CPAM
- Vous avez exercé une activité salariée pendant une durée inférieure à 6 mois ou vous n'avez jamais exercé d'activité salariée
- Vous avez exercé une activité salariée pendant 6 mois ou 910 heures au cours d'une période de 12 mois ou pendant 12 mois ou 1 820 heures au cours d'une période de 24 mois
- Vous avez été victime d'un accident du travail (autre qu'un accident de trajet, ou d'une maladie professionnelle) et votre contrat de travail est suspendu

6 Autre situation

- Vous bénéficiez de l'aide aux agriculteurs en difficulté
- Vous êtes dans une autre situation (précisez) : _____

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je déclare sur l'honneur que :

- les renseignements fournis à l'appui de la présente demande sont sincères et véritables (art. 22-II de la loi n° 68-690 du 31/07/1968) :
« Quiconque aura fourni sciemment des renseignements inexacts ou incomplets dans la déclaration exigée en vue d'obtenir de l'Etat ou des collectivités locales [...] un paiement ou un avantage quelconque indu sera puni d'un emprisonnement de quatre ans et d'une peine d'amende de 9000 € ou de l'une de ces deux peines. »
- J'ai été averti(e) que je devrai rembourser tout ou partie des sommes perçues en cas d'abandon de la formation sans motif légitime ou en cas d'exclusion pour faute lourde.
- Je n'ai pas déposé de demande de rémunération pour ce stage auprès d'un autre organisme payeur ou auprès de l'ASSEDIC, je renonce le cas échéant, à solliciter l'octroi de l'allocation de retour à l'emploi - formation.
- J'ai effectué un stage de formation rémunéré par : l'AFPA Autre (à préciser) : _____
 l'ASSEDIC
 le CNASEA

du _____ au _____ au centre de _____
ayant pour objet _____

Fait le _____ 20_____
Signature du stagiaire

RÉSERVÉ AU CENTRE DE FORMATION

Agrément Etat Agrément Conseil Régional Autre

N° d'agrément ou de convention : _____

Intitulé du stage ou cycle _____
(doit correspondre à celui qui a fait l'objet de l'agrément de rémunération)

Spécialité de la formation (NSF) spécialité code fonction

Nomenclature consultable à l'adresse suivante : www5.centre-inffo.fr/maq100901/ressources/dossiers/dos0002_Nomenclature.htm

Adresse électronique du centre _____ @ _____

Code postal et commune du lieu de formation _____

Date d'ouverture Date de fin prévue Durée totale du stage pour le stagiaire (en heures)

Stagiaire entré le Date de sortie prévue dont en entreprise

Objectif du stage : reportez-vous à la notice explicative (cochez la case concernée)

Durée hebdomadaire (en heures)

- certification
- professionnalisation
- préparation à la qualification
- remise à niveau, maîtrise des savoirs de base, initiation
- (re) mobilisation, aide à l'élaboration de projet professionnel
- perfectionnement / élargissement des compétences
- création d'entreprise

Si le stage vise une certification ou une professionnalisation, niveau de la qualification préparée

- niveau CAP - BEP (niveau V)
- niveau Baccalauréat, Brevet technicien, Brevet professionnel (niveau IV)
- niveau DEUG, DUT, BTS (niveau III)
- niveau licence et supérieur (niveau I et II)

Le directeur du centre certifie que cette demande est comprise dans les limites de l'effectif agréé au titre de la rémunération et que les mentions portées par son établissement sur le présent imprimé sont exactes.

Fait le _____ 20____

Signature du directeur du centre de formation
ou de la personne dûment habilitée

CACHET DU CENTRE

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Accord **Décision de rémunération n°** _____

à compter du _____ Montant _____, _____ €

à compter du _____ Montant _____, _____ €

- base mensuelle
- base horaire

VISA

Indemnité transport-hébergement : _____, _____ €

Codification _____

Rejet (motif à notifier) _____