

Tous secteurs

A remplir et à joindre impérativement à la demande de remboursement

N° Adhérent FAFSEA : E

Intitulé de l'action de formation : \_\_\_\_\_ Dates : du       au

Nom & prénom <sup>(1)</sup>	Adresse	Date de naissance	Lieu & dpt de naissance	H / F	CSP <sup>(2)</sup>	Niveau de formation <sup>(3)</sup>	Diplôme le plus élevé	CDI / CDD	Date d'entrée dans l'ent.	Date d'entrée dans la vie prof.	Remboursement des frais			
											Montant salaire (en €)	Montant héberg. (en € HT)	Montant repas (en € HT)	Montant déplac. (en €)
<b>TOTAL</b>														

(1) Préciser si le salarié est reconnu travailleur handicapé (RQTH, IPP < ou = à 10%...)

(2) CSP (catégorie socio-professionnelle) : reporter le numéro correspondant dans la colonne

1 - Ouvrier      2 - Ouvrier qualifié      3 - Ouvrier hautement qualifié 4 - Employé      5 - Agent de maîtrise - technicien      6 - Cadre      7 - Autre (préciser dans la colonne)

(3) Niveau de formation: reporter le numéro correspondant dans la colonne

6A : VI (fin de scolarité obligatoire)      5C : V (Brevet des collèges)      5B : V (Certificat de formation générale)      5A : V (BEP ou 1ère, CAP, CFPA)  
 4B : IV (Bac et Brevet Professionnel ou Technique)      4A : IV (Bac général)      3A : III (Bac + 2)      2A : II (Bac + 3 et 4)

1A : I (Bac + 5 et plus)