



BULLETIN D'INSCRIPTION

Action de formation

Intitulé de formation																																		
Prestataire de formation																																		
Niveau de l'action											Niveau de l'action de formation (voir liste au verso)																							
Type de formation	<input type="checkbox"/> Diplôme	<input type="checkbox"/> Titre	<input type="checkbox"/> C.Q.P.	<input type="checkbox"/> Rec. conv. collective																														
	<input type="checkbox"/> Certification complémentaire (permis, habilitation, certificat, Caces...)										<input type="checkbox"/> Perfectionnement professionnel																							
Date : début		/		/												fin		/		/														

Entreprise

N° Adhérent FAFSEA : E																(si renseigné, vous dispense de remplir le reste du bloc <i>Entreprise</i>)													
Raison sociale																													
Siren / Siret																													
Adresse																													
Code postal											Ville																		
Téléphone																													
Fax																													
Mail du responsable formation																													
N° de code NAF (voir liste au verso)																													
Convention collective : N° IDCC											intitulé																		
Nombre de salariés permanents											dont						hommes et						femmes						
															Signature du chef d'entreprise et cachet														
															Le signataire certifie que le ou les stagiaires sont salariés de l'entreprise lors de la réalisation de l'action de formation. L'entreprise est à jour de ses cotisations sociales et fiscales.														

Salarié

Nom																																		
Prénom																H	F																	
Né(e) le		/		/												A											N° Dép.							
Adresse																																		
Code postal											Ville																							
Téléphone																Mail																		
Niveau de formation (voir liste au verso)											Fonction actuelle ou dernier emploi occupé																							
Date d'entrée dans la vie professionnelle		/		/												Date d'entrée dans l'entreprise		/		/														

Type de contrat de travail* (cocher la case correspondante)

* Selon la réglementation en vigueur, les salariés sous contrat d'apprentissage ne sont pas pris en charge financièrement par le FAFSEA dans le cadre des formations Plan mutualisé interentreprises. Les salariés en contrat d'insertion ou en contrat de professionnalisation ne sont pas prioritaires.

<input type="checkbox"/> Contrat à durée indéterminée (CDI)	<input type="checkbox"/> Contrat à durée déterminée (CDD) Date de fin de contrat		/		/											
<input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi de moins de 12 mois	<input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi de plus de 12 mois	<input type="checkbox"/> Bénévole														
<input type="checkbox"/> Contrat d'insertion	<input type="checkbox"/> Emploi d'avenir															
<input type="checkbox"/> Travailleur handicapé (voir au verso)																

C.S.P. (cocher la case correspondante)

<input type="checkbox"/> Ouvrier non qualifié	<input type="checkbox"/> Ouvrier qualifié	<input type="checkbox"/> Ouvrier hautement qualifié	<input type="checkbox"/> Employé
<input type="checkbox"/> Agent de maîtrise et technicien	<input type="checkbox"/> Cadre et ingénieur	<input type="checkbox"/> Dirigeant salarié	<input type="checkbox"/> Dirigeant non salarié

► Niveaux de l'action de formation et/ou du stagiaire

Code à reporter	Niveau correspondant	
1 A	Niveau I	BAC + 5 et plus (doctorat, diplôme d'ingénieur, DEA, DESS, master 2...)
2 A	Niveau II	BAC + 3 et 4 (licence, maîtrise, master 1...)
3 A	Niveau III	BAC + 2 (BTS, DUT, DEUG, BTSA...)
4 A	Niveau IV	BAC général
4 B	Niveau IV	BAC et Brevet professionnel ou technique
5 A	Niveau V	BEP ou 1ère, CAP, CFPA
5 B	Niveau V	Certificat de formation générale
5 C	Niveau V	Brevet des collèges
6 A	Niveau VI	Fin de scolarité obligatoire

► Codes NAF

Pour obtenir un avis de situation, munissez-vous du numéro de Siren ou de Siret de votre entreprise. Allez sur le site www.sirene.fr, puis sur la page Avis de situation, indiquez votre numéro de Siren ou de Siret pour éditer un avis de situation précisant les principales informations sur l'identification de l'entreprise ou de ses établissements, dont le code APE.

► Personne bénéficiaire d'un statut de travailleur handicapé (art L.5212-13 du Code du travail)

RQTH (Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé) ; IPP (Incapacité partielle permanente) supérieure ou égale à 10% ; titulaire d'une pension d'invalidité ; titulaire de la carte d'invalidité ; titulaire de l'AAH (Allocation adulte handicapé) ; statuts définis par l'Etat (anciens militaires et assimilés...).

► Convention simplifiée d'adhésion à un projet collectif d'amélioration des compétences des salariés dans les TPE et PME

Je soussigné(e) _____ en qualité de _____ de l'entreprise _____ SIRET N°: _____ déclare être informé(e) que l'action, pour laquelle ma structure a demandé une prise en charge au FAFSEA,

relève d'un projet collectif global cofinancé avec le concours du FSE (Fonds Social Européen), du FEADER (Fonds Européen Agricole pour le Développement Rural) et/ou de l'EDEC (Engagement de Développement de l'Emploi et des Compétences).

Je m'engage, sous réserve d'acceptation de mon dossier, à mettre en œuvre l'action de formation susvisée, conformément aux termes de la convention passée entre l'Etat et le FAFSEA.

Dans l'hypothèse où mon entreprise aurait perçu, lors des 3 années précédentes, des aides publiques (Etat, Conseil régional, Fonds social européen), je m'engage, préalablement à la signature de la présente convention simplifiée, à les déclarer auprès de la Direction Régionale du Travail de l'Emploi et de la Formation Professionnelle.

J'ai pris note que dans le cadre de ce cofinancement, le FAFSEA est responsable, sur le plan administratif, auprès des instances de contrôle, de la vérification de la réalité et de la validité des actions de formation concernées par la présente convention.

Je suis informé(e) par le FAFSEA que je dois conserver les pièces justifiant du statut des bénéficiaires de la formation, particulièrement les bulletins de salaire; ceci afin de répondre à d'éventuelles demandes et/ou visites de contrôle des instances nationales ou européennes.

Je déclare être pleinement informé(e) des dépenses non éligibles au titre des cofinancements : achat d'équipement amortissable, achat de bien immobilisé, frais financiers, bancaires et intérêts d'emprunt, TVA récupérable.

Pour répondre à l'obligation de suivi qualitatif des actions cofinancées par le FSE, le FEADER et l'EDEC, mon entreprise est informée qu'elle doit communiquer au FAFSEA, certains indicateurs statistiques relatifs aux stagiaires (catégorie d'emploi, date de naissance, sexe).

Enfin, je m'engage à informer tous les salariés bénéficiaires d'une formation de son cofinancement par le FSE, le FEADER et l'EDEC. De même, je note que toute publication ou communication concernant cette action devra faire mention de ce cofinancement.

Dans l'hypothèse où les clauses de la présente ne seraient pas respectées, le FAFSEA se réserve la possibilité d'annuler tout ou partie de l'aide du FSE, du FEADER et de l'EDEC affectée à mon entreprise.

Fait à . _____ le _____

Pour l'entreprise (cachet et signature)	Pour le salarié nom, prénom : Signature	Pour le FAFSEA
---	--	-----------------------

