



CONGÉ INDIVIDUEL DE FORMATION

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE

(Salarié sous contrat à durée indéterminée)

Ce document doit être rempli avec précision et signé :
par le salarié.
par le centre de formation.
par l'employeur.

Toutes réclamations ultérieures sur la durée et le coût de la formation ne seront pas prises en compte par le FAFSEA.

Pour être examiné par le FAFSEA, ce dossier doit impérativement être accompagné des documents suivants :

- u Programme de la formation.
- u Calendrier de la formation (modèle FAFSEA).
- u Questionnaire CIF (modèle FAFSEA) accompagné d'une lettre de motivation explicitant les raisons de la demande et le choix de la formation.
- u Copies des 12 derniers bulletins de salaire.
- u Attestation de la MSA ou de l'URSSAF (ou copies des contrats ou certificats de travail, si nécessaire) apportant la preuve que le demandeur justifie de 2 ans d'ancienneté en qualité de salarié, dont 12 mois dans l'entreprise qui l'emploie à la date de la demande.

**TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA RETOURNÉ
AU DEMANDEUR.**

A retourner à :

Salarié

NOM : M. Mme Melle Prénom :

Nom de jeune fille :

Né (e) le : à : N° dépt. :

Adresse complète :

Code postal : Ville : Tél. :

Peut-on vous joindre sur votre lieu de travail ? OUI NON

Emplois précédents :	Fonctions exercées	Nom de l'entreprise	Code postal
Du au	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Du au	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Du au	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Depuis le (Employeur actuel)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Qualification : Ouvrier non qualifié Ouvrier qualifié Ouvrier hautement qualifié
 Employé Agent de maîtrise/Technicien Ingénieur/Cadre

Niveau ou diplôme (avant la formation demandée) :

Avez-vous déjà fait une demande de CIF : OUI NON Quand ? NON

Avez vous déjà bénéficié du financement d'un CIF : OUI NON

Si oui, date de début de la formation : date de fin de la formation :

Durée totale de la formation (en heures) :

Formation souhaitée :

Titre de la Formation :

Niveau de Formation : I II III IV V VI (entourer le numéro)

Date de début : Date de fin :

Déroulement : Continu Discontinu

Durée de la formation en Centre : jours heures
 Durée de stage pratique en entreprise : jours heures
 Durée totale de la formation : jours heures

Un contrôle des connaissances est-il prévu ? OUI NON

Si oui, comment ? Examen Contrôle continu Unités capitalisables

Validation de la formation par :

I Un diplôme : OUI lequel ? NON

I Un certificat homologué par l'État
 ou la Région : OUI lequel ? NON

I Un certificat de suivi de stage : OUI lequel ? NON

I Autre (à préciser) :

Objectif recherché :

Promotion Reconversion Perfectionnement

CALENDRIER DE FORMATION

A remplir par le centre de formation

Titre de la formation :

Nom et prénom du stagiaire :

Nom de l'entreprise :Code postal :

Centre de formation :

Adresse :

Code postal :Ville :

Tél. :Fax :

Attention : toute modification ultérieure de ce calendrier peut entraîner des modifications de prise en charge financière par le Fafsea.

Année	Nbre d'heures				Nbre d'heures			
	MOIS	Centre de formation	Entreprise (stage pratique)	Total du mois	MOIS	Centre de formation	Entreprise (stage pratique)	Total du mois
	Janvier				Juillet			
	Février				Août			
	Mars				Septembre			
	Avril				Octobre			
	Mai				Novembre			
	Juin				Décembre			

Année	Nbre d'heures				Nbre d'heures			
	MOIS	Centre de formation	Entreprise (stage pratique)	Total du mois	MOIS	Centre de formation	Entreprise (stage pratique)	Total du mois
	Janvier				Juillet			
	Février				Août			
	Mars				Septembre			
	Avril				Octobre			
	Mai				Novembre			
	Juin				Décembre			

Année	Nbre d'heures				Nbre d'heures			
	MOIS	Centre de formation	Entreprise (stage pratique)	Total du mois	MOIS	Centre de formation	Entreprise (stage pratique)	Total du mois
	Janvier				Juillet			
	Février				Août			
	Mars				Septembre			
	Avril				Octobre			
	Mai				Novembre			
	Juin				Décembre			

Signature et cachet du centre de formation

Fait à le :

20/25.CAL.04.04.A



A remplir et à joindre au dossier de demande de prise en charge



QUESTIONNAIRE

A remplir par le demandeur

Ce questionnaire est confidentiel et strictement personnel. Le FAFSEA s'engage à ne pas divulguer à des tiers les renseignements communiqués ci-après.

VOTRE SITUATION VIS-À-VIS DE LA FORMATION**1/ Avez-vous suivi, antérieurement, d'autres formations ?**
 oui non

Si oui, lesquelles :

.....

2/ S'agissait-il de formation(s) de :

- courte durée (- 160 heures)
- longue durée (+ 160 heures)

3/ Avez-vous réalisé un bilan de compétences ?
 oui non
4/ Avez-vous rencontré une structure d'information et d'orientation sur la Validation des acquis de l'expérience (VAE) ?
 oui non
5/ Quel est actuellement votre niveau de formation ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Niveau VI (fin de scolarité obligatoire) | <input type="checkbox"/> Niveau V (BEP, BEPA, CAPA, CAP...) |
| <input type="checkbox"/> Niveau IV (BTA, BAC...) | <input type="checkbox"/> Niveau III (BTSA, BTS, DUT...) |
| <input type="checkbox"/> Niveau II et + (BAC + 2 et plus) | |

Et le diplôme obtenu :

POUR UN CIF CDI : VOTRE SITUATION DANS VOTRE EMPLOI ACTUEL**6/ Quelle est votre ancienneté dans l'entreprise ?**

.....

7/ Quel type d'emploi occupez-vous ?

.....

POUR UN CIF CDD : VOTRE SITUATION DANS VOTRE DERNIER EMPLOI**6/ Quelle a été la durée de votre dernier CDD ?**

.....

7/ Quel type d'emploi occupiez-vous ?

.....

VOTRE DEMANDE DE CIF

8/ votre demande de CIF fait-elle suite :

- A des problèmes d'emploi envisagés à court ou moyen terme nécessitant une re-conversion interne ou externe ?

Si oui, précisez la nature du problème (motifs économiques, maladie...) :

.....

Vers quel type d'emploi ?

- A des problèmes d'emploi nécessitant l'acquisition d'une qualification ou d'une re-qualification par rapport à l'emploi occupé.

Quel type de qualification ?

- A une promotion récente supposant l'acquisition d'une qualification supérieure.

Quel type de qualification ?

- Pour d'autres motifs. Précisez lesquels :

.....

.....

VOS OBJECTIFS APRÈS LE CIF

9/ Après votre CIF, envisagez-vous :

- De rester dans la même entreprise pour occuper le même emploi.
- De rester dans la même entreprise pour occuper un nouvel emploi correspondant à la qualification acquise.
- De travailler dans une autre entreprise du même secteur d'activité.
- De travailler dans une autre entreprise d'un autre secteur d'activité agricole.
- De travailler dans une entreprise non agricole.
- De vous installer ou reprendre une exploitation agricole.
- De créer votre propre entreprise.
- Autres motifs

Après avoir coché la (les) case(s) correspondante(s), précisez votre (vos) réponse(s) :

.....

.....

.....

.....

Fait à :, le :

Signature



A joindre à toute demande
de financement d'un CIF

