

PLAN DE FORMATION D'ENTREPRISE

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	Adresse	Date de naissance	Lieu & dpt de naissance	H / F	CSP (1)	Niveau de formation (2)	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 €)
TOTAL														

(1) 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)

(2) Niveau de formation : reporter le numéro correspondant dans la colonne
I - BAC + 5 et plus (ex. : doctorat, ingénieur, DEA, DESS) **II** - BAC + 3 et 4 (ex. : licence, maîtrise) **III** - BAC + 2 (ex. : BTS, DUT, DEUG, BTSA)
IV - Niveau BAC (ex. : BTA, BAC, Brevet professionnel...) **V** - Niveau BEP ou 1ère du cycle secondaire (ex. : BPA, BEPA, BEP, CAPA, CAP) **VI** - Fin de scolarité obligatoire