

Formulaire de prise en charge

FORMATION ET/OU VALIDATION DES ACQUIS DE L'EXPÉRIENCE

Document indispensable à l'élaboration de la convention de prise en charge de vos frais de formation / validation des acquis et à leur facturation

ENTREPRISE

NOM DE L'ENTREPRISE

RAISON SOCIALE

N° DE SIRET CODE NAF

ADRESSE

CODE POSTAL VILLE

CONTACT

MME M. PRÉNOM NOM

FONCTION

EMAIL TÉL.

IDENTITÉ DU SALARIÉ

MADAME MONSIEUR

NOM D'USAGE PRÉNOM

NOM DE NAISSANCE

ADRESSE PRINCIPALE

CODE POSTAL VILLE PAYS

TÉLÉPHONE FIXE TÉLÉPHONE MOBILE

EMAIL (OBLIGATOIRE)

FORMATION(S) VISÉE(S) | Reportez-vous aux codes et intitulés figurant sur www.cnam-nouvelle-aquitaine.fr

	Code	Intitulé	Tarif	Vol. horaire*
FORMATION 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FORMATION 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FORMATION 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FORMATION 4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FORMATION 5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FORMATION 6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DEVIS N°

TOTAL € NET H

VALIDATION DES ACQUIS DE L'EXPÉRIENCE

Code diplôme	Intitulé	Tarif	Vol. horaire*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DEVIS N°

TOTAL € NET H

* Le volume horaire global comprend l'intégralité des heures pédagogiques réalisées en présentiel et à distance. L'assiduité de l'élève fait l'objet d'attestation de présence et / ou de relevés de connexions justifiant l'activité pédagogique en ligne de l'élève.

DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE | Cochez le dispositif de prise en charge choisi

Compte personnel de formation (CPF) Nombre d'heures CPF capitalisées

Période de professionnalisation

Plan de formation de l'entreprise (I, II ou III)

Autres, précisez :

L'employeur a-t-il demandé l'intervention d'un organisme de mutualisation pour la prise en charge de la formation ?

OUI NON

LA FACTURE DOIT-ELLE ÊTRE ADRESSÉE À CET ORGANISME ? OUI NON

NOM DE L'ORGANISME DE MUTUALISATION

N° DE SIRET DE L'ORGANISME DE MUTUALISATION

ADRESSE

CODE POSTAL VILLE PAYS

CONTACT

MME M. PRÉNOM NOM

EMAIL TÉL.

En cas d'absence de l'élève aux enseignements, ou de carence ultérieure de l'organisme de mutualisation, l'employeur s'engage à régler le solde du coût de la formation.

Informations complémentaires

- Le formulaire de prise en charge est complété et signé par une personne habilitée de l'entreprise. Il sert à établir une convention de formation adressée à l'employeur en double exemplaire pour signature.
- Ce formulaire est à remettre avec le dossier d'inscription et le devis.
- L'inscription de l'élève n'est effective qu'à réception de ce formulaire dûment renseigné et signé.

BON POUR ACCORD

CACHET ET SIGNATURE DE L'ENTREPRISE

Fait le

À

Dans le cadre d'une demande de prise en charge par un tiers, et, si vous souhaitez démarrer votre formation sans attendre cette validation, il vous sera demandé de payer le tarif minimum individuel. Vous serez remboursé dès réception du paiement du tiers.