

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·DE LA SALARIÉ·E

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 LE SITE 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°	<input type="text"/>	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°	<input type="text"/>	TOTAL	€ NET	H

Parafer SVP →

DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE (COCHEZ LE DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE CHOISI)

Compte personnel de formation (CPF) Nombre d'heures CPF capitalisées Plan de formation de l'entreprise (I, II ou III)

Période de professionnalisation Autres

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

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.

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

Fait le

À

CACHET ET SIGNATURE DE L'ENTREPRISE