



Entreprise de moins de 20 salariés

Cadre réservé au FAFSEA

A remplir et à joindre impérativement à la demande de remboursement

N° Adhérent : E

Intitulé de l'action de formation : \_\_\_\_\_

Dates : du    au

Nom & prénom	Adresse	Date de naissance	Lieu & dpt de naissance	H / F	CSP <sup>(1)</sup>	Niveau de formation <sup>(2)</sup>	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 €)
<b>TOTAL</b>														

(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

6A - VI (fin de scolarité obligatoire)    5C - V (Brevet des collèges)    5B - V (Certificat de formation générale)    5A - V (BEP ou 1ère, CAP, CFPA)  
 4B - IV (Bac et Brevet Professionnel ou Technique)    4A - IV (Bac général)    3A - III (Bac + 2)    2A - II (Bac + 3 et 4)    1A - I (Bac + 5 et plus)