

Tous secteurs

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 ⁽¹⁾ | Adresse | Date de naissance | Lieu & dpt de naissance | H / F | CSP ⁽²⁾ | Niveau de formation ⁽³⁾ | 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) Préciser si le **salarié est reconnu travailleur handicapé** (RQTH, IPP < ou = à 10%...)

(2) **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)

(3) **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)