

Entreprise

N° Adhérent FAFSEA : E

Raison sociale :

Code postal :

Action de formation

Intitulé de l'action de formation :

Date de début de la formation :

date de fin :

Durée de la formation : jours, soit

heures - Nombre de stagiaires :

Lieu de l'action de formation :

Pour une formation réalisée en interne :

Nom et prénom du formateur :

Fonction dans l'entreprise :

Qualification :

Ouvrier non qualifié

Ouvrier qualifié

Ouvrier hautement qualifié

Employé

Agent de maîtrise/Technicien

Ingénieur/Cadre

Certification la plus élevée obtenue (diplôme, CQP) :

Date d'embauche dans l'entreprise :

Règlement

Règlement du FAFSEA à l'entreprise HT

Règlement du FAFSEA au centre de formation TTC

Rubrique	Montant	Justificatifs à joindre impérativement
Coûts pédagogiques formation externe	, € HT	<ul style="list-style-type: none"> programme de formation attestations journalières de présence en formation convention de formation facture du centre de formation (acquittée si règlement à l'entreprise / à l'ordre du FAFSEA si règlement au centre de formation)
Coûts pédagogiques formation interne (rémunération, déplacement, hébergement du formateur, fournitures)	, €	<ul style="list-style-type: none"> programme de formation attestations journalières de présence en formation copie du bulletin de salaire justificatifs ou factures
Rémunération des stagiaires	, €	<ul style="list-style-type: none"> copies des bulletins de salaire de la période concernée
Hébergement, repas	, € HT	<ul style="list-style-type: none"> justificatifs à tenir à la disposition du FAFSEA
Déplacements	, €	<ul style="list-style-type: none"> justificatifs à tenir à la disposition du FAFSEA
TOTAL	, €	

Nom et qualité du signataire :

Fait à
le

Signature et cachet de l'entreprise

Pour vos dossiers 2011, date limite de recevabilité : 15 février 2012

FINANCEMENT DU FAFSEA

Le financement du FAFSEA interviendra dans la limite des disponibilités liées au budget annuel Plan de formation et sous réserve de l'imputabilité de vos actions de formation.

Dossier complet à retourner à votre délégation régionale du FAFSEA dans le mois qui suit la formation



Pour toute information complémentaire, vous pouvez contacter votre délégation régionale du Fafsea.

Toutes nos coordonnées sont disponibles sur www.fafsea.com

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)