

**DOSSIER INDIVIDUEL FORMATION CONTINUE****Formation : Diplôme Universitaire****Spécialité : Hypnothérapie****Dossier à retourner au SEFCA entre le 1<sup>er</sup> Mai et le 20 Juin 2019**

Année universitaire 2019-2020

**CADRE RESERVE AU SEFCA**

N° FORMATION : 06SA017H

N° CONVENTION :

**PIECES A JOINDRE (ENVOI COURRIER)**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 CV                                    | <input type="checkbox"/> 1 lettre de motivation                  |
| <input type="checkbox"/> 1 photocopie de la carte d'identité     | <input type="checkbox"/> 1 photocopie de la carte vitale         |
| <input type="checkbox"/> 2 photos d'identité (dont 1 ci-dessous) | <input type="checkbox"/> 1 copie du diplôme le plus élevé obtenu |

J'autorise le SEFCA à utiliser mon adresse électronique pour m'informer des nouvelles offres de formation : oui  non **ETAT CIVIL**Monsieur  Madame 

Nom : .....

Prénom : .....

Nom de jeune fille : .....

Numéro INE : .....  
ou numéro BEA (inscrit sur relevé de notes du BAC / recherche sur SIBAC possible).

Adresse : .....

Code postal :   /  /  /  /   Ville : .....

Téléphone | Domicile : ..... Portable : .....

Professionnel : ..... Courriel : .....

Reconnu(e) comme travailleur handicapé : oui  non Nationalité : française  union européenne  autre  (précisez) .....Né(e) le :   /  /  /  /  /   Commune de naissance : .....

Département ou Pays : .....

Dernier emploi occupé (intitulé et fonction) : .....

Durée totale de votre activité professionnelle : .....  
(hors stages pratiques et quels que soient les statuts ou contrats)1 photo d'identité  
à coller

ACCORD PEDAGOGIQUE :

LE :

## ACQUIS DE FORMATION

### Cursus de formation : préparation et diplôme(s) obtenu(s)

Commencez par le diplôme et le niveau le plus élevé sans oublier de mentionner si vous avez obtenu le baccalauréat.

Année	Diplôme ou examen préparé + établissement fréquenté	Formation		Résultat	
		Initiale	Continue	Succès	Echec

Autres formations actuellement préparées : .....

Stages de formation continue effectués : .....

Comment avez-vous eu connaissance de cette formation ?

Précisez (exemple : presse, internet, relation personnelle,...) :

## VALIDATION D'ACQUIS PROFESSIONNELS (VAP)

Procédure(s) spécifique(s) visant à dispenser des diplômes et titres requis pour accéder à une formation. Un dossier particulier doit être renseigné :

Demande de VAP : oui  non

## REGLEMENT INTERIEUR DU SEFCA

Ce document est téléchargeable sur le site du SEFCA, dans la rubrique [infos pratiques](#), à l'adresse suivante <http://sefca.u-bourgogne.fr/images/stories/I014A - Règlement interieur.pdf> ou peut vous être délivré sur simple demande auprès de votre correspondant au SEFCA.

Je soussigné(e) certifie avoir eu connaissance du règlement intérieur du SEFCA.

Dijon, le : .....

Signature :

## SI VOUS ETES DEMANDEUR D'EMPLOI, REMPLIR LE CADRE SUIVANT :

Agence locale pour l'emploi dont vous dépendez : .....

Numéro identifiant Pôle-Emploi (PE) : .....

Date inscription PE : \_\_/\_\_/\_\_/      Date de fin du dernier contrat de travail : \_\_/\_\_/\_\_/

Quel statut avez-vous (ARE, RSA, ASP, autres) ? .....

**SI VOUS BENEFICIEZ D'UNE PRISE EN CHARGE MERCI DE REMPLIR LE CADRE N°3 (de la Page 3)**

**FINANCEMENT SUPPORTE PAR LE STAGIAIRE (CADRE 1)**

**Formation à titre personnel, à remplir si vous réglez la totalité ou partiellement la formation.**

En totalité                       En partie     => Renseigner le financement de l'employeur (cadre 2)

Montant des droits d'inscription :  euros            payables à l'inscription.

Montant des frais de formation pris en charge par le stagiaire :  euros

Pour la facturation, une seule facture avec ou sans échéancier, soit paiement :

en une fois             en deux fois             en trois fois

**Date :**

**Signature obligatoire :**

**Les deux cadres suivants sont à faire remplir par votre employeur le cas échéant :**

**FINANCEMENT SUPPORTE PAR L'EMPLOYEUR (CADRE 2)**

**Question préalable : L'employeur a-t-il été informé de votre démarche :    oui             non**

**Si oui, merci de faire compléter le cadre ci-dessous ainsi que ceux présents en **PAGE 4**.**

En totalité                       En partie     => Renseigner le financement du stagiaire (cadre 1)

Montant des droits d'inscription :  euros            pris en charge par l'employeur.

Montant des frais de formation pris en charge par l'employeur:  euros

Financement entreprise : Facturation par année civile

Concernant les pièces jointes à la facturation :

- soit les feuilles d'émargement
- soit une attestation globale de présence / directeur SEFCA

**Date :**

**Signature obligatoire :**

**Cachet obligatoire**

**FINANCEMENT SUPPORTE PAR UN ORGANISME FINANCEUR (CADRE 3)**

Une demande a-t-elle déjà été faite à l'Organisme financeur :    oui             non

**Si oui merci d'indiquer :**

Nom : .....

Adresse : .....

Code postal :  /  /  /  /             Ville : .....

Téléphone : .....            Télécopie : .....

Courriel : .....

Correspondant : .....

Demande de prise en charge par l'OPCO envoyée le :  
(au plus tard, dans la semaine d'ouverture de la formation)

**Si la prise en charge de l'organisme financeur ne nous est pas parvenue dans les trois mois suivants le début de la formation, la facture sera alors adressée à l'employeur qui devra la régler et se faire rembourser par son OPCO.**

**MERCI DE BIEN VOULOIR JOINDRE A CE DOSSIER LA COPIE DE LA PRISE EN CHARGE DE VOTRE ORGANISME FINANCEUR. A DÉFAUT, MERCI DE NOUS LA FAIRE PARVENIR DÈS RECEPTION.**

## COORDONNÉES DE VOTRE EMPLOYEUR :

### EMPLOYEUR PRINCIPAL

Nom de l'entreprise : .....

Adresse : .....

Code postal : \_ / \_ / \_ / \_ / \_ Ville : .....

Téléphone : ..... Télécopie : .....

Courriel : .....

**Secteur d'activité (obligatoire) :** ..... **Nombre de salariés :** .....

**Numéro SIRET (obligatoire) :** ..... **NAF ou APE :** .....

Correspondant :

Nom : ..... Prénom : .....

Fonction : ..... Mail : .....

### REmplir les ou l'un des cadres suivant si différent de l'employeur principal

#### STRUCTURE SIGNATAIRE DE LA CONVENTION

Nom de l'entreprise : .....

Adresse : .....

Code postal : \_ / \_ / \_ / \_ / \_ Ville : .....

Téléphone : ..... Courriel : .....

**Secteur d'activité (obligatoire) :** ..... **NAF ou APE :** .....

**Numéro SIRET (obligatoire) :** .....

#### STRUCTURE DESTINATAIRE DE LA FACTURE

Nom de l'entreprise : .....

Adresse : .....

Code postal : \_ / \_ / \_ / \_ / \_ Ville : .....

Téléphone : ..... Courriel : .....

**Secteur d'activité (obligatoire) :** ..... **NAF ou APE :** .....

**Numéro SIRET (obligatoire) :** .....

#### STRUCTURE PAYEUSE

Nom de l'entreprise : .....

Adresse : .....

Code postal : \_ / \_ / \_ / \_ / \_ Ville : .....

Téléphone : ..... Courriel : .....

**Secteur d'activité (obligatoire) :** ..... **NAF ou APE :** .....

**Numéro SIRET (obligatoire) :** .....

*Les informations recueillies dans ce dossier font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion administrative et pédagogique des étudiants. Les destinataires des données sont les services de l'université. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser au Service Commun de Formations Continue et par Alternance.*