****DOSSIER INDIVIDUEL FORMATION CONTINUE****

**Formation : DU Perception, Action et Troubles des Apprentissages**

**Année universitaire 2019-2020 et 2020-2021**

|  |  |
| --- | --- |
| **CADRE RESERVE AU SEFCA** | |
| **N° FORMATION :** | **N° CONVENTION :** |

|  |  |
| --- | --- |
| **PIECES A JOINDRE (ENVOI COURRIER)** | |
| 1 CV  1 photocopie de la carte d’identité  2 photos d’identité (dont 1 ci-dessous) | 1 lettre de motivation  1 photocopie de la carte vitale  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 : ………………………………………………………………………. | *1 photo d’identité à coller* |
| 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) | |

|  |  |
| --- | --- |
| **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_intérieur.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 BENFICIEZ D’UNE PRISE EN CHARGE MERCI DE REMPLIR LE CADRE N°3 (de la Page 3)** |

MODALITES DE FINANCEMENT

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 (deux pour la formation).  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 (deux années).  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’OPCA 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 OPCA.** |
| **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 DIFFERENT 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.* |