

DOSSIER INDIVIDUEL FORMATION CONTINUE

Formation : Diplôme Universitaire

Spécialité : Psychopathologie du bébé et de sa famille

Année universitaire 2019-2020

CADRE RESERVE AU SEFCA

N° FORMATION :

N° CONVENTION :

PIECES A JOINDRE (ENVOI COURRIER OU SCAN)

- | | |
|--|--|
| <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 détenu |

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 :

Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e)

Concubin(e) Pacsé(e)

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 :

Merci de reporter vos nom et prénom à cet emplacement : _____

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) :

SI VOUS ETES SALARIE(E)

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 :

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

Merci de reporter vos nom et prénom à cet emplacement : _____

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, VEUILLEZ REMPLIR LE CADRE ORGANISME FINANCEUR.

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.

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 :

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.

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 avec co-signature stagiaire / directeur SEFCA

Date :

Signature obligatoire :

Cachet obligatoire

Merci de reporter vos nom et prénom à cet emplacement : _____

FINANCEMENT SUPPORTÉ PAR L'OPCA, ORGANISME FINANCEUR (CADRE 3)

A faire remplir par votre employeur :

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

Si oui merci d'indiquer :

Nom de l'OPCA:

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)

L'employeur s'engage à régler la partie non prise en charge par l'OPCA.

Si une prise en charge OPCA avec subrogation est prévue, la notification de celle-ci doit nous parvenir dans les trois mois suivant le début de la formation. Dans le cas contraire, l'employeur règlera la facture et se fera rembourser par son OPCA.

EN CAS D'AVIS POSITIF, BIEN VOULOIR JOINDRE LA COPIE DE LA PRISE EN CHARGE DE L'OPCA.

REGLEMENT INTERIEUR DU SEFCA

Ce document est téléchargeable sur le site du SEFCA, dans la rubrique [infos pratiques](#) puis [téléchargement](#), à l'adresse suivante <http://sefca.u-bourgogne.fr/infos-pratiques/documents-a-telecharger.html> 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 :

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.