

ACQUIS DE FORMATION					
Cursus de formation : préparation et diplôme(s) obtenu(s)					
<i>Commencez par le diplôme et le niveau le plus élevé sans oublier de mentionner si vous avez obtenu le baccalauréat.</i>					
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 <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

REGLEMENT INTERIEUR DU SEFCA
Ce document est téléchargeable sur le site du SEFCA, dans la rubrique <u>infos pratiques</u> , 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 : <div style="border: 2px solid orange; width: 150px; height: 25px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div>

COMPTE PERSONNEL DE FORMATION (CPF)
En cas d'acceptation pédagogique sur la formation :
Souhaiteriez-vous mobiliser votre CPF : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Montant : Euros
Attention, merci de vérifier au préalable l'éligibilité de la formation au CPF auprès des équipes du SEFCA.

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 FINANCIERE MERCI DE REMPLIR LE CADRE N°3 (de la Page 3)

MODALITES DE FINANCEMENT (A Compléter si vous disposez des informations)

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

L'échéancier de paiement qui vous sera proposé comprendra un paiement en 4 fois. Si vous préférez régler les frais de formation plus rapidement, cela reste possible.

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 : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Ville :
Téléphone :	Télécopie :
Courriel : .....	.....
Secteur d'activité (obligatoire) :	Nombre de salariés :
Numéro SIRET (obligatoire) :	NAF ou APE :
<u>Correspondant :</u>	
Nom :	Prénom :
Fonction :	Mail :

REPLIR 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 : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	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 : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Ville :
Téléphone :	Courriel :
Secteur d'activité (obligatoire) :	NAF ou APE :
Numéro SIRET (obligatoire) : .....	.....

STRUCTURE PAYEUSE	
Nom de l'entreprise :	.....
Adresse :	.....
Code postal : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	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.