

Les salariés en contrat emploi-solidarité peuvent suivre une formation complémentaire prise en charge pour tout ou partie par l'État ou bénéficier d'un accompagnement vers l'emploi (module collectif de techniques et de recherche d'emploi et entretiens individuels) pris en charge totalement par l'État et le Fonds Social Européen.

FORMATION COMPLÉMENTAIRE :

La demande de formation peut être effectuée au moment de l'embauche ou en cours de contrat de travail. L'employeur remplit la présente convention et l'adresse à la Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle qui détermine si l'aide de l'Etat permettant de financer tout ou partie des frais de formation peut être accordée.

La participation de l'État s'effectue sur la base d'un montant horaire forfaitaire fixé à 22 francs (environ 3,35 euros de l'heure), dans la limite de 400 heures. Elle est versée à l'employeur ou, le cas échéant, à un fond local emploi solidarité lorsque celui-ci a été agréé par le Préfet.

La protection contre le risque d'accident des salariés entrant en formation est subordonnée à la transmission par l'organisme de formation au CNASEA du document PSE, joint à la présente convention. L'employeur est donc chargé de remettre ce document à l'organisme de formation qui assure la prestation, à charge pour ce dernier de le remplir avec le salarié et de le transmettre au CNASEA à l'issue de la formation.

ACCOMPAGNEMENT VERS L'EMPLOI :

La demande d'entrée dans le programme d'accompagnement est effectuée en cours de contrat de travail. L'employeur remplit la présente convention et l'adresse à la Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle. Lorsque la DDTEFP admet l'entrée du salarié en accompagnement, l'État prend en charge la totalité du coût de l'action et paye directement l'organisme qui la réalise. L'employeur n'a aucune avance financière à assumer.

Cette prestation doit s'effectuer pendant le temps de travail. Le salarié doit informer son employeur du calendrier des jours et des heures pendant lesquels il sera absent pour participer au module de TRE et aux entretiens individuels.

NOTICE

NIVEAU DE FORMATION

- | | |
|-----------|--|
| 20 | Formation de niveau égal ou supérieur à celui de la Licence ou des Écoles d'Ingénieurs
<i>(Équivalent au niveau II ou I de l'Éducation Nationale)</i> |
| 30 | Formation du niveau du Brevet de Technicien Supérieur ou du Diplôme des Instituts Universitaires de Technologie et de fin de premier cycle de l'enseignement supérieur
<i>(Équivalent au niveau III de l'Éducation Nationale)</i> |
| 40 | Formation de niveau équivalent à celui du Baccalauréat ou du Brevet de Technicien
<i>(Diplôme non obtenu)</i> |
| 41 | Diplôme obtenu du Baccalauréat ou du Brevet de Technicien
<i>(Équivalent au niveau IV de l'Éducation Nationale)</i> |
| 50 | Formation de niveau équivalent à celui du Brevet d'Études Professionnelles (BEP) et du Certificat d'Aptitude Professionnelle (CAP).
<i>(Diplôme non obtenu)</i> |
| 51 | Diplôme obtenu du Brevet d'Études Professionnelles (BEP) et du Certificat d'Aptitude Professionnelle (CAP)
<i>(Équivalent au niveau V de l'Éducation Nationale)</i> |
| 60 | Formation courte d'une durée maximum d'un an, conduisant au Certificat d'Éducation Professionnelle ou à toute autre attestation de même nature.
<i>(Équivalent au niveau V bis de l'Éducation Nationale)</i> |
| 70 | Pas de formation allant au-delà de la fin de la scolarité obligatoire
<i>(Équivalent au niveau VI de l'Éducation Nationale)</i> |
| 80 | Difficultés de communication écrite |

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ**DÉLÉGATION GÉNÉRALE À L'EMPLOI
ET À LA FORMATION PROFESSIONNELLE****CONTRAT
EMPLOI-SOLIDARITÉ****FORMATION COMPLÉMENTAIRE,
ACTION D'ACCOMPAGNEMENT VERS L'EMPLOI****DEMANDE DE PRISE EN CHARGE
DE LA COTISATION ACCIDENT DE TRAVAIL
POUR LES FORMATIONS COMPLÉMENTAIRES**

**CONVENTION
ENTRE
L'ÉTAT ET L'EMPLOYEUR**

Cachet de la DDTEFP

La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique à ce formulaire. Elle vous donne droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant. Votre demande doit être adressée au Directeur Départemental du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle.



11618*01

Délégation régionale
ou bureau du CNASEA
(cachet)Organisme de formation
cachet et visa

2 / 10

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE
PAR L'ÉTAT
DE LA COTISATION
ACCIDENT DE TRAVAIL
DANS LE CADRE DE LA FORMATION
COMPLÉMENTAIRE C.E.S.

à remplir par le stagiaire

Nom et adresse de l'organisme de formation _____
Intitulé du stage _____ n° de déclaration d'existence _____
Date d'entrée en stage _____ Date de fin de stage _____

ÉTAT CIVIL

Je soussigné(e) M. Mme Mlle_____ nom
_____ prénom
nom de jeune fille _____
né(e) le _____ à _____ département _____
 jour mois annéeN.I.R. _____
(ou n° d'immatriculation S.S.)Nationalité France Pays de naissance (si né hors de France) _____
Union Européenne Pièce(s) à joindre ➡ Photocopie de la carte d'immatriculation
Hors UE domicilié(e) _____
numéro voie, rue, lieudit
code postal commune

Convention CEC n° : _____

demande la prise en charge par l'État de la cotisation Accident de travail

Fait à _____, le _____
signature du stagiairenom du signataire et signature
du représentant de l'organisme de formationÉTAT DE PRESENCE
à remplir par l'organisme de formation

_____ h	_____ h	_____ h	_____ h	_____ h	_____ h	_____ h	_____ h
janvier	février	mars	avril	mai	juin	total semestriel	
_____ h	_____ h	_____ h	_____ h	_____ h	_____ h	_____ h	_____ h
juillet	août	septembre	octobre	novembre	décembre	total semestriel	
remarques éventuelles _____						_____ h	total général

nom du signataire et signature du représentant de l'organisme de formation

- Ce formulaire est remis par l'employeur, ou le cas échéant par le Fonds Local Emploi-Solidarité, à l'organisme réalisant la formation dès lors que la formation a lieu hors du temps de travail.
- Le salarié et l'organisme de formation complètent et signent la partie État Civil au début de la formation.
- L'organisme complète chaque mois le nombre d'heures effectuées et adresse le formulaire à la fin de la formation au CNASEA.

La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique à ce formulaire. Elle vous donne droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant. Votre demande doit être adressée au Directeur Départemental du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle.

Destinataire : 1^{er} ex. : CNASEA / 2^e ex. : DDTEFP / 3^e ex. : Centre de formation / 4^e ex. : Salarié

PSE



11618*01

**DEMANDE DE PRISE EN CHARGE
PAR L'ÉTAT
DE LA COTISATION
ACCIDENT DE TRAVAIL
DANS LE CADRE DE LA FORMATION
COMPLÉMENTAIRE C.E.S.**

Délégation régionale
ou bureau du CNASEA
(cachet)

Organisme de formation
cachet et visa

3 / 10

à remplir par le stagiaire

Nom et adresse de l'organisme de formation _____
Intitulé du stage _____ n° de déclaration d'existence _____
Date d'entrée en stage _____ Date de fin de stage _____

ÉTAT CIVILJe soussigné(e) M. Mme Mlle

_____ nom
_____ prénom

nom de jeune fille _____
né(e) le _____ à _____ département _____
 jour mois année

N.I.R. _____
(ou n° d'immatriculation S.S.)

Nationalité France Pays de naissance (si né hors de France) _____Union Européenne Pièce(s) à joindre ➡ Photocopie de la carte d'immatriculationHors UE domicilié(e) _____
numéro voie, rue, lieudit

code postal commune

Convention CEC n° : _____

demande la prise en charge par l'État de la cotisation Accident de travailFait à _____, le _____
signature du stagiairenom du signataire et signature
du représentant de l'organisme de formation**ÉTAT DE PRESENCE
à remplir par l'organisme de formation**

_____ h	_____ h	_____ h	_____ h	_____ h	_____ h	_____ h	_____ h
janvier	février	mars	avril	mai	juin	total semestriel	
_____ h	_____ h	_____ h	_____ h	_____ h	_____ h	_____ h	_____ h
juillet	août	septembre	octobre	novembre	décembre	total semestriel	
remarques éventuelles _____						_____ h	total général

nom du signataire et signature du représentant de l'organisme de formation

- Ce formulaire est remis par l'employeur, ou le cas échéant par le Fonds Local Emploi-Solidarité, à l'organisme réalisant la formation dès lors que la formation a lieu hors du temps de travail.
- Le salarié et l'organisme de formation complètent et signent la partie État Civil au début de la formation.
- L'organisme complète chaque mois le nombre d'heures effectuées et adresse le formulaire à la fin de la formation au CNASEA.

La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique à ce formulaire. Elle vous donne droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant. Votre demande doit être adressée au Directeur Départemental du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle.

Destinataire : 1^{er} ex. : CNASEA / 2^e ex. : DDTEFP / 3^e ex. : Centre de formation / 4^e ex. : Salarié**PSE**



11618*01

Délégation régionale
ou bureau du CNASEA
(cachet)Organisme de formation
cachet et visa

4 / 10

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE
PAR L'ÉTAT
DE LA COTISATION
ACCIDENT DE TRAVAIL
DANS LE CADRE DE LA FORMATION
COMPLÉMENTAIRE C.E.S.

à remplir par le stagiaire

Nom et adresse de l'organisme de formation _____
Intitulé du stage _____ n° de déclaration d'existence _____
Date d'entrée en stage _____ Date de fin de stage _____

ÉTAT CIVIL

Je soussigné(e) M. Mme Mlle_____ nom
_____ prénomnom de jeune fille _____
né(e) le _____ à _____ département _____
 jour mois annéeN.I.R _____
(ou n° d'immatriculation S.S.)Nationalité France Pays de naissance (si né hors de France) _____
Union Européenne Pièce(s) à joindre ➡ Photocopie de la carte d'immatriculation
Hors UE domicilié(e) _____
numéro _____ voie, rue, lieudit _____
code postal _____ commune _____

Convention CEC n° : _____

demande la prise en charge par l'État de la cotisation Accident de travail

Fait à _____, le _____
signature du stagiairenom du signataire et signature
du représentant de l'organisme de formationÉTAT DE PRESENCE
à remplir par l'organisme de formation

_____ h	_____ h	_____ h	_____ h	_____ h	_____ h	_____ h	_____ h
janvier	février	mars	avril	mai	juin	total semestriel	
_____ h	_____ h	_____ h	_____ h	_____ h	_____ h	_____ h	_____ h
juillet	août	septembre	octobre	novembre	décembre	total semestriel	
remarques éventuelles _____						_____ h	total général

nom du signataire et signature du représentant de l'organisme de formation

- Ce formulaire est remis par l'employeur, ou le cas échéant par le Fonds Local Emploi-Solidarité, à l'organisme réalisant la formation dès lors que la formation a lieu hors du temps de travail.
- Le salarié et l'organisme de formation complètent et signent la partie État Civil au début de la formation.
- L'organisme complète chaque mois le nombre d'heures effectuées et adresse le formulaire à la fin de la formation au CNASEA.

La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique à ce formulaire. Elle vous donne droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant. Votre demande doit être adressée au Directeur Départemental du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle.

Destinataire : 1^{er} ex. : CNASEA / 2^e ex. : DDTEFP / 3^e ex. : Centre de formation / 4^e ex. : Salarié

PSE



11618*01

Délégation régionale
ou bureau du CNASEA
(cachet)Organisme de formation
cachet et visa

5 / 10

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE
PAR L'ÉTAT
DE LA COTISATION
ACCIDENT DE TRAVAIL
DANS LE CADRE DE LA FORMATION
COMPLÉMENTAIRE C.E.S.

à remplir par le stagiaire

Nom et adresse de l'organisme de formation _____
Intitulé du stage _____ n° de déclaration d'existence _____
Date d'entrée en stage _____ Date de fin de stage _____

ÉTAT CIVIL

Je soussigné(e) M. Mme Mlle_____ nom
_____ prénomnom de jeune fille _____
né(e) le _____ à _____ département _____
 jour mois annéeN.I.R. _____
(ou n° d'immatriculation S.S.)Nationalité France Pays de naissance (si né hors de France) _____
Union Européenne Pièce(s) à joindre ➡ Photocopie de la carte d'immatriculation
Hors UE domicilié(e) _____
numéro voie, rue, lieudit
code postal commune

Convention CEC n° : _____

demande la prise en charge par l'État de la cotisation Accident de travail

Fait à _____, le _____
signature du stagiairenom du signataire et signature
du représentant de l'organisme de formationÉTAT DE PRESENCE
à remplir par l'organisme de formation

_____ h	_____ h	_____ h	_____ h	_____ h	_____ h	_____ h	_____ h
janvier	février	mars	avril	mai	juin	total semestriel	
_____ h	_____ h	_____ h	_____ h	_____ h	_____ h	_____ h	_____ h
juillet	août	septembre	octobre	novembre	décembre	total semestriel	
remarques éventuelles _____						_____ h	total général

nom du signataire et signature du représentant de l'organisme de formation

- Ce formulaire est remis par l'employeur, ou le cas échéant par le Fonds Local Emploi-Solidarité, à l'organisme réalisant la formation dès lors que la formation a lieu hors du temps de travail.
- Le salarié et l'organisme de formation complètent et signent la partie État Civil au début de la formation.
- L'organisme complète chaque mois le nombre d'heures effectuées et adresse le formulaire à la fin de la formation au CNASEA.

La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique à ce formulaire. Elle vous donne droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant. Votre demande doit être adressée au Directeur Départemental du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle.

Destinataire : 1^{er} ex. : CNASEA / 2^e ex. : DDTEFP / 3^e ex. : Centre de formation / 4^e ex. : Salarié

PSE



11618*01

Cadre réservé à la DDTEFP
Rappel n° de convention

dept	an	n° d'ordre	avenant

 N° de formation complémentaire
ou d'accompagnement vers l'emploi

Date de dépôt

**CONTRAT EMPLOI - SOLIDARITÉ
FORMATION COMPLÉMENTAIRE ou
ACTION d'ACCOMPAGNEMENT vers L'EMPLOI**

**CONVENTION ENTRE L'ÉTAT, représenté par
le Préfet de département, ou, par délégation, le Directeur
Départemental du Travail, de l'Emploi et de la
Formation Professionnelle et L'EMPLOYEUR**

L'EMPLOYEUR

Dénomination : _____
Adresse : _____
Code postal : _____
Commune : _____

Fournir un RIB ou un RIP de l'employeur

n° SIRET : _____

Paiement par virement : bancaire CCP **LE SALARIÉ**

M Mme Mlle Nom : _____
Prénom : _____
Pour les femmes mariées, nom de jeune fille : _____
Adresse : _____
Code postal : _____
Commune : _____

Niveau de formation : (voir notice) _____

LE FONDS LOCAL EMPLOI-SOLIDARITÉ

Dénomination : _____
Adresse : _____
Code postal : _____
Commune : _____

Fournir un RIB ou un RIP du Fonds Local Emploi-Solidarité

n° SIRET : _____

Paiement par virement : bancaire CCP **LA FORMATION COMPLÉMENTAIRE**

Intitulé de la formation : _____
Nature de l'action : remobilisation = 1 préqualification = 2 qualification = 3
Date de début : _____ Date de fin : _____
Nom de l'organisme : _____
Adresse : _____
Code postal : _____
Commune : _____

Code : _____

Durée : _____ heures

Formation : interne = 1 externe = 2 _____

n° SIRET : _____

Type d'organisme : public = 1 privé = 2 _____

LA PRISE EN CHARGE

La participation financière de l'État prévue à l'article L. 322-4-8-1 du Code du Travail est calculée sur la base du taux horaire fixé par arrêté.

Le montant de la participation financière au titre de la présente convention s'élève à :

_____ heures x _____ francs soit, _____ francs.

ou _____ heures x _____ euros soit, _____ euros.

Cette participation financière de l'État est versée : à l'employeur au Fonds Local Emploi-Solidarité

**CADRE RÉSERVÉ
À
L'ADMINISTRATION**

Un acompte de 40 % de l'aide de l'État à la formation complémentaire est versé par le CNASEA à la réception de la convention. Le solde est versé à l'issue de la formation, au vu du compte rendu d'exécution qui lui est adressé signé par le salarié et l'employeur ou, le cas échéant, l'organisme agréé par le préfet pour l'organisation des formations complémentaires (Fonds Local Emploi-Solidarité).

**ACCOMPAGNEMENT VERS L'EMPLOI
FINANCÉ PAR LE FONDS SOCIAL EUROPÉEN**

Dates prévues de l'action d'accompagnement : _____ Organisme : _____
du _____ au _____ Adresse : _____

Le contrôle de l'application de cette convention est effectué par la Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle. En cas de non exécution de la présente convention, les sommes déjà versées font l'objet d'un ordre de reversement.

Fait le : _____ à _____

L'employeur ou son représentant
(Signature et cachet)

Pour le Fonds Local Emploi-Solidarité
(Signature et cachet)

Le salarié
(Signature)

Pour l'État
(Signature et cachet)

La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique à ce formulaire. Elle vous donne droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant. Votre demande doit être adressée au Directeur Départemental du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle.

Destinataires : 1^{er} ex. = CNASEA / 2^e ex. = DDTEFP / 3^e ex. = Employeur / 4^e ex. = Salarié / 5^e ex. = Fonds local emploi-solidarité

Transmis au CNASEA le : _____ **CES FC**



Cadre réservé à la DDTEFP
Rappel n° de convention

dept	an	n° d'ordre	avenant

N° de formation complémentaire
ou d'accompagnement vers l'emploi

Date de dépôt

**CONTRAT EMPLOI - SOLIDARITÉ
FORMATION COMPLÉMENTAIRE ou
ACTION d'ACCOMPAGNEMENT vers L'EMPLOI**
CONVENTION ENTRE L'ÉTAT, représenté par
le Préfet de département, ou, par délégation, le Directeur
Départemental du Travail, de l'Emploi et de la
Formation Professionnelle et L'EMPLOYEUR

L'EMPLOYEUR

Dénomination : _____ Adresse : _____ Code postal : <input type="text"/> _____ Commune : _____	n° SIRET : _____ Paieement par virement : bancaire <input type="checkbox"/> CCP <input type="checkbox"/>
--	---

Fournir un RIB ou un RIP de l'employeur

LE SALARIÉ

M <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/> Nom : _____ Prénom : _____ Pour les femmes mariées, nom de jeune fille : _____ Adresse : _____ Code postal : <input type="text"/> _____ Commune : _____	Niveau de formation : (voir notice) <input type="text"/>
--	--

LE FONDS LOCAL EMPLOI-SOLIDARITÉ

Dénomination : _____ Adresse : _____ Code postal : <input type="text"/> _____ Commune : _____	n° SIRET : _____ Paieement par virement : bancaire <input type="checkbox"/> CCP <input type="checkbox"/>
--	---

Fournir un RIB ou un RIP du Fonds Local Emploi-Solidarité

LA FORMATION COMPLÉMENTAIRE

Intitulé de la formation : _____ Nature de l'action : remobilisation = 1 préqualification = 2 qualification = 3 Date de début : <input type="text"/> _____ Date de fin : <input type="text"/> _____ Nom de l'organisme : _____ Adresse : _____ Code postal : <input type="text"/> _____ Commune : _____	Code : <input type="text"/> Durée : <input type="text"/> heures Formation : interne = 1 externe = 2 <input type="checkbox"/> n° SIRET : _____ Type d'organisme : public = 1 privé = 2 <input type="checkbox"/>
---	--

LA PRISE EN CHARGE

La participation financière de l'État prévue à l'article L. 322-4-8-1 du Code du Travail est calculée sur la base du taux horaire fixé par arrêté.

Le montant de la participation financière au titre de la présente convention s'élève à :

**CADRE RÉSERVÉ
À
L'ADMINISTRATION**

heures x francs soit, francs.

ou heures x euros soit, euros.

Cette participation financière de l'État est versée : à l'employeur au Fonds Local Emploi-Solidarité

Un acompte de 40 % de l'aide de l'État à la formation complémentaire est versé par le CNASEA à la réception de la convention. Le solde est versé à l'issue de la formation, au vu du compte rendu d'exécution qui lui est adressé signé par le salarié et l'employeur ou, le cas échéant, l'organisme agréé par le préfet pour l'organisation des formations complémentaires (Fonds Local Emploi-Solidarité).

**ACCOMPAGNEMENT VERS L'EMPLOI
FINANCÉ PAR LE FONDS SOCIAL EUROPÉEN**

Dates prévues de l'action d'accompagnement : _____ du <input type="text"/> au <input type="text"/>	Organisme : _____ Adresse : _____
---	--------------------------------------

Le contrôle de l'application de cette convention est effectué par la Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle. En cas de non exécution de la présente convention, les sommes déjà versées font l'objet d'un ordre de reversement.

Fait le : _____ à _____

L'employeur ou son représentant
(Signature et cachet)

Pour le Fonds Local Emploi-Solidarité
(Signature et cachet)

Le salarié
(Signature)

Pour l'État
(Signature et cachet)

