

**DEMANDE D'ADMISSION AU BÉNÉFICE
DES RÉMUNÉRATIONS DES STAGIAIRES
DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE**

(Livre IX du Code du Travail)

CACHET

CACHET

RÉSERVÉ AU CENTRE DE FORMATION

Intitulé du stage ou cycle _____
(doit correspondre à celui qui a fait l'objet de l'agrément de rémunération)

Durée totale du stage _____
(en heures)

Agrément Etat : Convention F.N.E. autre Agrément Conseil Régional

dont en entreprise _____

N° d'agrément ou de convention _____

Durée hebdomadaire _____
(en heures)

Date d'ouverture _____ Date de fin prévue _____

Stagiaire entré le _____ Date de sortie prévue _____

A REMPLIR PAR LE STAGIAIRE

ETAT CIVIL

Je soussigné(e)

M.

Mme

Mlle

nom

nom de jeune fille

prénom

Né(e) le _____ à _____
commune

Département ou Pays de naissance _____ Nationalité _____

PIÈCE A JOINDRE : si vous êtes étranger : copie du titre vous autorisant à accéder aux stages de la formation professionnelle

N° de Sécurité Sociale _____

Domicile habituel avant le stage
numéro _____ rue ou lieu-dit _____
code postal _____ commune _____

Mon domicile est à _____ km du centre de Formation

● S'il y a eu changement de résidence pour la durée du stage, indiquer la nouvelle adresse :

Nouvelle adresse
numéro _____ rue ou lieu-dit _____
code postal _____ commune _____

Situation de famille marié(e) célibataire veuf(ve) séparé(e) divorcé(e) concubinage PACS nombre d'enfants _____

**PIÈCE A JOINDRE : copie de la carte nationale d'identité en cours de validité. Pour les mineurs non émancipés : autorisation parentale
demande à être admis au bénéfice des rémunérations des stagiaires de la formation professionnelle**

MODE DE PAIEMENT

Dans le cas où ma demande serait acceptée, je désire être payé(e) selon le mode de règlement suivant :

par virement bancaire par virement postal

PIÈCE A JOINDRE : relevé d'identité du compte au nom du stagiaire

autre

POUR SUIVRE PAGES SUIVANTES

RÉSERVÉ A L'ADMINISTRATION

Accord **Décision de rémunération n°** _____

à compter du _____ Montant _____
base mensuelle
base horaire

à compter du _____ Montant _____

Indemnité transport-hébergement _____

Codification _____

Rejet (motif à notifier) _____

1 Je suis demandeur d'emploi

Cocher les cases correspondant à votre situation

◆ Inscription à l'ANPE : non oui Chômeur de longue durée : non oui
(inscrit pendant 12 mois durant les 18 derniers mois)

◆ Situation auprès de l'ASSEDIC

- Je n'ai pas fait de demande d'indemnisation auprès de l'ASSEDIC
 J'ai un dossier de demande d'indemnisation en cours auprès de l'ASSEDIC
 Je ne suis plus indemnisé(e) par l'ASSEDIC depuis le :

Je suis indemnisé(e) par l'ASSEDIC au titre de :

l'allocation d'aide au retour à l'emploi l'allocation d'insertion l'allocation de solidarité spécifique

◆ Activités antérieures

J'ai exercé une activité salariée pendant une durée inférieure à 6 mois ou je n'ai jamais exercé d'activité salariée.

▶ **PIÈCE A JOINDRE : dernier certificat de travail, le cas échéant.**

J'ai exercé une activité salariée pendant 6 mois ou 910 heures au cours d'une période de 12 mois ou pendant 12 mois ou 1 820 heures au cours d'une période de 24 mois.

▶ **PIÈCES A JOINDRE : certificat(s) de travail, bulletins de salaire pour 6 ou 12 mois.**

J'effectue un stage d'une durée supérieure à un an et j'ai exercé une activité professionnelle durant trois ans.

▶ **PIÈCES A JOINDRE : justificatifs de trois ans d'activité professionnelle et bulletins de salaire pour 6 mois.**

Je suis un ancien agent du secteur public et j'ai exercé une activité salariée pendant 6 mois ou 910 heures au cours d'une période de 12 mois ou pendant 12 mois ou 1 820 heures au cours d'une période de 24 mois.

▶ **PIÈCES A JOINDRE : certificat(s) de travail et bulletins de salaires pour les 6 ou 12 mois, et attestation de suspension de l'indemnisation.**

◆ Bénéficiaire du RMI : non oui à titre d'allocataire à titre d'ayant droit

2 Je suis reconnu travailleur handicapé

▶ **PIÈCE A JOINDRE DANS TOUS LES CAS : décision de la Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) ou de la Commission départementale de l'éducation spéciale (CDES).**

Je percevrai durant le stage des indemnités journalières pour maladie versées par la CPAM

▶ **PIÈCE A JOINDRE : attestation de la CPAM précisant le montant des indemnités journalières pour maladie versées durant le stage.**

Je ne percevrai pas d'indemnités journalières pour maladie durant le stage

◆ Activités professionnelles

Je suis demandeur d'emploi et j'ai exercé une activité salariée pendant une durée inférieure à 6 mois ou je n'ai jamais exercé d'activité salariée.

▶ **PIÈCES A JOINDRE : dernier certificat de travail et derniers bulletins de salaire, le cas échéant.**

Je suis demandeur d'emploi et j'ai exercé une activité salariée pendant 6 mois ou 910 heures au cours d'une période de 12 mois ou pendant 12 mois ou 1 820 heures au cours d'une période de 24 mois.

▶ **PIÈCES A JOINDRE : certificat(s) de travail, bulletins de salaire pour les 6 ou les 12 mois.**

J'ai été victime d'un accident du travail (autre qu'un accident de trajet), ou d'une maladie professionnelle, et mon contrat de travail est suspendu.

▶ **PIÈCES A JOINDRE : attestation de l'employeur et bulletin(s) de salaire.**

◆ Le cas échéant, je renonce à demander le bénéfice de l'allocation d'aide au retour à l'emploi durant ma formation.

A REMPLIR PAR LE STAGIAIRE

RÉGIME DE PROTECTION SOCIALE

Je suis affilié(e) au régime général de Sécurité Sociale

à la caisse de _____ Département

PIÈCE A JOINDRE : copie de la carte d'immatriculation ou attestation « Vitale »

Je suis affilié(e) au régime d'Assurance Maladie des Exploitants Agricoles
 en tant que : exploitant conjoint associé(e) d'exploitation aide familial(e)

PIÈCE A JOINDRE : attestation de l'AMEXA

Je suis affilié(e) au régime des salariés agricoles
 en tant que : salarié(e) d'exploitation salarié(e) d'organisme agricole

PIÈCE A JOINDRE : copie de la carte d'immatriculation ou attestation

Je suis affilié(e) à un autre régime de Sécurité Sociale Préciser lequel _____

PIÈCE A JOINDRE : attestation de l'organisme de protection sociale

Je ne suis pas affilié(e) à titre personnel à un régime de Sécurité Sociale (par exemple : ayant droit)
 Je perçois une rente d'accident du travail ou une pension d'invalidité aux deux tiers

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je déclare sur l'honneur que :

- les renseignements fournis à l'appui de la présente demande sont sincères et véritables (Art. 22-II de la loi 68-690 du 31/07/68) :
"quiconque aura fourni sciemment des renseignements inexacts ou incomplets dans la déclaration exigée en vue d'obtenir de l'Etat ... un paiement ou avantage quelconque indû sera puni d'un emprisonnement ou d'un taux d'amende ..."
- J'ai été averti(e) que je devrais **rembourser** tout ou partie des sommes perçues **en cas d'abandon** de la formation sans motif légitime **ou en cas d'exclusion** pour faute lourde.
- Je n'ai pas déposé de demande de rémunération pour ce stage auprès d'un autre organisme payeur ou de l'ASSEDIC.

J'ai effectué un stage de formation rémunéré par l'AFPA ou par l'ASSEDIC ou par le CNASEA
 du au au centre de _____
 ayant pour objet _____

PIÈCE A JOINDRE : décision de prise en charge de l'AFPA, de l'ASSEDIC ou du CNASEA

Fait le _____ 20 _____
 Signature du stagiaire

La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique à cette demande. Elle vous donne droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

RÉSERVÉ AU CENTRE DE FORMATION

Cocher les PIÈCES JOINTES AU DOSSIER

- copie du titre autorisant, pour les étrangers, l'accès aux stages de la formation professionnelle
- copie de la carte nationale d'identité en cours de validité
- copie du livret de famille
- autorisation des parents ou autorisation du tuteur légal pour les mineurs non émancipés
- relevé d'identité du compte bancaire ou postal
- certificat(s) de travail
- bulletins de salaire
- attestation de l'ASSEDIC
- décision de la COTOREP ou de la CDES
- attestation des indemnités journalières d'assurance maladie
- attestation de décision de l'AFPA, de l'ASSEDIC ou du CNASEA
- attestation de la caisse d'Allocations Familiales
- carnet de maternité
- copie de la carte d'immatriculation ou attestation de l'organisme de protection sociale

autres pièces :

Le Directeur du Centre certifie que cette demande est comprise dans les limites de l'effectif agréé au titre de la rémunération et que les mentions portées par son Etablissement sur le présent imprimé sont exactes.

Fait le _____ 20 _____
 Signature du Directeur du Centre de formation

Cachet du Centre