

Délégation régional
ou bureau du CNASEA
(cachet)

DELEGATION REGIONALE
OU BUREAU DU CNASEA



N° 62-0024

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE
PAR L'ETAT OU LA REGION
DES COTISATIONS DE SECURITE SOCIALE
DES STAGIAIRES DE FORMATION
PROFESSIONNELLE NON REMUNEREES

centre de formation
cachet et visa

à remplir par le stagiaire

Nom et adresse du centre de formation _____
Intitulé du stage ou cycle _____ n° d'agrément ou convention _____
Date d'ouverture du stage _____ date d'entrée en stage _____ date de fin de stage _____

ETAT CIVIL

Je soussigné(e) M. Mme Mlle

nom de jeune fille _____ nom _____
prénom _____

né(e) le _____ jour _____ mois _____ année _____ à _____ département _____

nationalité _____ pays d'origine (pour les étrangers) _____

Pièce(s) à joindre



Fiche individuelle d'état civil
Copie du titre autorisant l'accès aux stages (pour les étrangers uniquement)

domicilié(e) _____
numéro _____ voie, rue, lieu dit _____
code postal _____ commune _____

demande la prise en charge par l'Etat ou la Région de mes cotisations de sécurité sociale

REGIME DE PROTECTION SOCIALE

Je suis affilié(e) à un régime obligatoire en mon nom propre en tant que descendant en tant que conjoint
 régime général AMEXA (ou GAMEX) autre régime préciser lequel _____

Je suis affilié(e) à l'assurance personnelle
n° d'immatriculation _____ Pièce à joindre photocopie de la carte d'immatriculation

Je ne suis affilié(e) à aucun régime de protection sociale

SITUATION A L'ENTREE EN STAGE

Dans le cas d'activité agricole : chef d'exploitation aide familial conjoint salarié d'exploitation agricole
Dans le cas d'activité non agricole : salarié non salarié demandeur d'emploi

Je certifie que, ni mon employeur, ni l'Etat, ni l'Assedic, ni aucun organisme ne me verse une rémunération ou indemnité au titre de ce stage.

J'ai été averti(e) que ma prise en charge sera conditionnée par ma présence au stage (art. R 961-9 du Code du Travail).

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus sous peine des sanctions prévues par la loi 68-690 du 31.07.68 (art. 22 11).

La loi n° 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.

Fait à _____, le _____ signature du stagiaire

ETAT DE PRESENCE
à remplir par le centre 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

à remplir par l'administration

Accord de prise en charge
Rejet

risques couverts

Visa :