

Accompagnement de l'effort de formation

Volet 1/2

Cadre réservé au FAFSEA

Entreprise

N° Adhérent : E

Raison sociale :

N° de SIRET : Code NAF : Code CCMSA :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. : Fax :

E.mail :

Convention collective : Activité :

Effectif de l'entreprise : dont hommes et femmes

Dossier suivi par :

Organisme de formation

N° d'activité : N° de SIRET : Code NAF :

Raison sociale :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. : Fax :

E-mail :

Intitulé de l'action de formation :

Date de début de la formation : date de fin :

Durée de la formation : jour(s), soit heures - Nombre de stagiaires :

Lieu de l'action de formation :

Déroulement : continu discontinu

Règlement

Rubrique	Montant	Justificatifs
Coûts pédagogiques	<input type="text"/> , <input type="text"/> € HT	<ul style="list-style-type: none"> ● programme de formation ● convention de formation signée par les deux parties ● attestations journalières de présence en formation ● facture du centre de formation acquittée ● bulletin trimestriel de cotisation MSA ou récépissé de versement
Rémunération des stagiaires	<input type="text"/> , <input type="text"/> €	<ul style="list-style-type: none"> ● copies des bulletins de salaire de la période concernée
Hébergement, repas	<input type="text"/> , <input type="text"/> € HT	<ul style="list-style-type: none"> ● justificatifs à tenir à la disposition du FAFSEA
Déplacements	<input type="text"/> , <input type="text"/> €	<ul style="list-style-type: none"> ● justificatifs à tenir à la disposition du FAFSEA
TOTAL	<input type="text"/> , <input type="text"/> €	

Fait à

le

Entreprise

Signature et cachet de l'entreprise

Pour vos dossiers 2014, date limite de recevabilité : 15 janvier 2015 (dans la limite des fonds disponibles)

Dossier complet (Formulaire de demande de remboursement et justificatifs) à retourner à votre délégation régionale du FAFSEA dans le mois qui suit la formation

* hors réseau des Chambres d'agriculture



COMMUNAUTÉ EUROPÉENNE
Fonds social européen



Pour toute information complémentaire, vous pouvez contacter votre délégation régionale du Fafsea.

Toutes nos coordonnées sont disponibles sur www.fafsea.com

Fiche de renseignements stagiaires

Cadre réservé au FAFSEA

Intitulé de l'action de formation : _____

N° Adhérent : E _____

Dates : du au

Nom & prénom ⁽³⁾	Adresse	Date de naissance	Lieu & dpt de naissance	H / F	CSP ⁽¹⁾	Niveau de formation ⁽²⁾	Diplôme le plus élevé	CDI / CDD	Date d'entrée dans l'ent.	Date d'entrée dans la vie prof.	Remboursement des frais			
											Montant salaire (en €)	Montant héberg. (en € HT)	Montant repas (en € HT)	Montant déplac. (en €)
TOTAL														

(1) CSP (catégorie socio-professionnelle) : reporter le numéro correspondant dans la colonne
1 - Ouvrier **2** - Ouvrier qualifié **3** - Ouvrier hautement qualifié **4** - Employé **5** - Agent de maîtrise - technicien **6** - Cadre **7** - Autre (préciser dans la colonne)

(2) Niveau de formation: reporter le numéro correspondant dans la colonne
6A - VI (fin de scolarité obligatoire) **5C** - V (Brevet des collèges) **5B** - V (Certificat de formation générale) **5A** - V (BEP ou 1ère, CAP, CFPA)
4B - IV (Bac et Brevet Professionnel ou Technique) **4A** - IV (Bac général) **3A** - III (Bac + 2) **2A** - II (Bac + 3 et 4) **1A** - I (Bac + 5 et plus)

(3) Préciser si le **salarié est reconnu travailleur handicapé** (RQTH, IPP < ou = à 10%...)