

## Accompagnement de l'effort de formation

## Volet 1/2

Pour vos dossiers 2019,  
date limite de recevabilité :  
15 janvier 2020  
(dans la limite des fonds  
disponibles)

**Dossier complet  
(Formulaire de  
demande de  
financement et  
justificatifs) à  
retourner à votre  
délégation FAFSEA  
dans les 3 mois qui  
suivent la formation**

*\* hors réseau des  
Chambres d'agriculture*



COMMUNAUTÉ EUROPÉENNE  
Fond social européen

Cadre réservé au FAFSEA

N° Adhérent : E

### Entreprise

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 - Demande de remboursement
Coûts pédagogiques	[ ][ ][ ][ ][ ] , [ ][ ] € HT	<ul style="list-style-type: none"><li>● programme de formation</li><li>● convention de formation signée et cachetée par l'entreprise et le centre</li><li>● attestations journalières de présence en formation</li><li>● facture acquittée et cachetée par l'organisme de formation</li></ul>
Rémunération des stagiaires	[ ][ ][ ][ ][ ] , [ ][ ] €	<ul style="list-style-type: none"><li>● copies des bulletins de salaire de la période concernée</li></ul>
<b>TOTAL</b>	[ ][ ][ ][ ][ ] , [ ][ ] €	<ul style="list-style-type: none"><li>● RIB de l'entreprise</li></ul>

Fait à \_\_\_\_\_  
le \_\_\_\_\_

**Entreprise**  
Signature et cachet de l'entreprise

**Pour toute information complémentaire, vous pouvez contacter votre délégation Fafsea. Toutes nos coordonnées sont disponibles sur [www.fafsea.com](http://www.fafsea.com)**

Les informations nominatives contenues dans le présent document sont exclusivement exploitées par le Fafsea. En application de loi informatique et liberté du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez exercer vos droits d'accès et de rectification auprès du Fafsea par voie postale ou à [donneespersonnelles@fafsea.com](mailto:donneespersonnelles@fafsea.com).

Mise à jour du 04.01.2019



Fiche de renseignements stagiaires

Cadre réservé au FAFSEA

Intitulé de l'action de formation : \_\_\_\_\_

N° Adhérent : E \_\_\_\_\_

Dates : du       au

Nom & prénom <sup>(3)</sup>	Adresse	Date de naissance	Lieu & dpt de naissance	H / F	CSP <sup>(1)</sup>	Niveau de formation <sup>(2)</sup>	Diplôme le plus élevé	CDI / CDD	Date d'entrée dans l'ent.	Date d'entrée dans la vie prof.	Montant salaire (en €)
<b>TOTAL</b>											

- (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%...)