

Formulaire de demande de Chéquier Formation
ou de Chéquier Adaptation

FICHE 1

N° de Convention Etat :

Contrat N° (ne pas remplir)

Salarié

NOM :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Tél :

Date de naissance :

Sexe (M/F)

Dernier diplôme obtenu :

Date d'embauche :

Intitulé du poste :

Description :

-

Employeur

Dénomination :

Adresse :

Code Postal :

Commune :

Code NAF :

N° SIRET :

Tél :

Fax :

Représenté par :

Personne à contacter : _____

Tel :

Fonction : _____

Fax :

J'atteste avoir pris connaissance des modalités du "Chéquier Formation" ou du "Chéquier Adaptation" décrites dans le mode d'emploi.

Date et signature du salarié

Date et signature de l'employeur

Cachet de l'employeur

Emplois des Jeunes Nouveaux Services
FORMULAIRE DE DEMANDE DE "CHEQUIER FORMATION" OU DE "CHEQUIER ADAPTATION"
DEMANDE DE PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION

Employeur : Contrat N° (ne pas remplir) + - - - - - +

N° de convention Etat : Date de fin de contrat :

Epargne consolidée : Oui Non : Date de fin :

Convention pluriannuelle : Oui Non : Date de fin :

Nom/Prénom du bénéficiaire :

Identification de l'organisme de formation

Nom de l'organisme :

N° de déclaration d'activité :

Adresse :

Code postal : Commune :

Personne à contacter : Tél :

Désignation de la formation

Objectif général de la formation :

Déroulement de la formation du salarié : en groupe en individuel

Intitulé de la formation	Date de début	Date de fin	Durée en centre (en heures)	Coût horaire	Participation Régionale (ne pas remplir)	
					Durée	Coût horaire

Cachet, date et signature du représentant légal :

Employeur

Organisme de Formation

Visa du Conseil Régional

Le **Fonds Social Européen** participe au financement du plan d'action de la formation des Emplois-Jeunes des Collectivités Territoriales présenté à la Région.

--	--	--	--	--	--	--	--

Emplois des Jeunes Nouveaux Services

DEMANDE DE VERSEMENT DIRECT
DE L'AIDE REGIONALE A LA FORMATION A L'ORGANISME DE FORMATION

IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR

Dénomination :

Adresse :

Code Postal :

Commune :

N° SIRET :

NAF :

Forme juridique :

Je soussigné **(1)**

représentant légal de **(2)**

demande que les frais afférents au(x) stage(s) de formation en faveur des salariés sous contrat Emploi Jeune, soient versés directement à l'organisme de formation prestataire identifié ci dessous.

IDENTIFICATION DE L'ORGANISME DE FORMATION

Nom de l'organisme de formation :

N° de déclaration d'activité :

N° Siret :

Représenté par :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Cachet, date et signature du représentant légal :

Employeur

Organisme de Formation *

Visa du Conseil Régional

(1) Nom de l'employeur

(2) Raison sociale de l'employeur

- L'organisme de formation devra joindre un RIB ou RIP original au présent document.

CONTENU DE L'ACTION
(à renseigner par l'organisme de formation)

1/ Intitulé de la formation :

2/ Référence emploi métier (indiquer le code Rome) :

3/ Objectif de l'action :

4/ Contenu de l'action - détail des matières (durée en heures des enseignements)

Matières	Contenu	Durée en heures	Dates de formation

5/ Certification (s'il y a lieu) :

- Intitulé exact de la certification :

- Type de certification :

Diplôme ministériel
Certificat de branche

- Nature de la certification :

Certification partielle Préciser :
Certification totale