

* : A remplir obligatoirement en LETTRE CAPITALE

ORGANISME DE FORMATION :

ACTION DE FORMATION

NOM* : _____
 N° déclaration d'activité* : (11 chiffres) _____
 N° SIREN* : _____
 Adresse* : _____

 CP* : _____ Ville* : _____
 ☎* : _____
 @* : _____

Titre du stage* : _____

 Durée en heures* : _____ Dates* : du _____ au _____
 Montant de la Formation* : HT _____
 Autre financeur : _____ Montant : _____
 Adresse complète du stage* : _____
 Code Postal* : _____ Ville* : _____
 Formation dans l'entreprise du stagiaire ?* : Oui Non

STAGIAIRE

ENTREPRISE

Monsieur Madame
 NOM* : _____
 Prénom* : _____
 Date de naissance* : _____
 Statut dans l'entreprise* : (cocher la case correspondante)
 Chef d'entreprise exerçant une activité artisanale
 Auto-entrepreneur inscrit ou non au Répertoire des Métiers
 Conjoint collaborateur
 Conjoint associé exerçant une activité artisanale
 Auxiliaire familial
 Souhaitez-vous être contacté par email ?* : Oui Non

NOM de l'Entreprise* : _____
 Adresse* : _____

 CP* : _____ Ville* : _____
 ☎* : _____ ☎ : _____
 @* : _____
 N° répertoire des Métiers (SIREN)* : _____
 Date de création* : _____
 Code NAF (APE : 4 chiffres & 1 lettre)* : _____
 Code NAFA (APRM : 4 chiffres & 2 lettres)* : _____
 (Attribué lors de l'inscription à la Chambre des Métiers)

CONSEIL A L'ENTREPRISE

(à ne remplir que si le stagiaire a été conseillé par une Organisation Professionnelle)

(Partie à compléter par l'Organisation Professionnelle)

(Partie à compléter par le stagiaire)

Organisme : _____
 Conseiller : _____
 Qualité : _____
 Signature du Conseiller et Cachet de l'OP

Je reconnais avoir été conseillé par une Organisation Professionnelle
 Signature du stagiaire et cachet de l'Entreprise

ATTESTATION*

Je soussigné(e) M(me)

Atteste :


- que tous les renseignements portés sur ce document sont certifiés sincères et conformes,
- avoir pris connaissance de la possibilité que le FAFCEA engage une démarche de vérifications des conditions d'utilisation des fonds destinés au financement de la formation.

Fait le

Signature du stagiaire et cachet de l'entreprise

Tourner la page S.V.P.

IMPORTANT

 **Le FAFCEA gestionnaire de la contribution formation des chefs d'entreprise exerçant une activité artisanale est tenu de tout mettre en œuvre pour s'assurer de la bonne utilisation des fonds qui lui sont confiés.**

Le contrôle a ainsi pour objet la mise en œuvre de vérifications auprès des acteurs contrôlés, c'est-à-dire stagiaires ressortissants du FAFCEA et organismes de formation, afin de s'assurer de la bonne exécution des prestations pour lesquelles une prise en charge est demandée dans le respect non seulement des dispositions légales et conventionnelles applicables à la formation professionnelle continue mais également des procédures administratives en vigueur au FAFCEA.

A ce titre des opérations de contrôle peuvent être menées sur pièces (annexées à la demande de prise en charge initiale ou sollicitées expressément par le FAFCEA en complément des éléments déjà en sa possession) et/ou prendre la forme d'une visite sur le site de la formation aux dates et heures de formations déclarées.

L'acteur contrôlé s'engage à faciliter cette mission de contrôle du FAFCEA notamment en :

- Autorisant le FAFCEA ou toute personne expressément mandatée par lui à accéder aux lieux de formation tels qu'indiqués dans les documents figurant dans le fonds du dossier,
- Produisant toute(s) pièce(s) justificative(s) complémentaire(s) nécessaire(s) à l'examen et au contrôle de l'utilisation des fonds sollicités ou perçus ou pour dossier pour lequel une prise en charge est demandée ou a été engagée, en réponse à une demande expresse du FAFCEA et dans des délais adaptés.



Toute formation non exécutée selon les modalités agréées par le FAFCEA est susceptible de justifier une demande de remboursement du financement accordé et une suspension de l'accès à tout nouveau financement dans l'attente dudit remboursement.