



distrifaf

11 rue de Rome – 75008 Paris
Tél : 01 53 42 19 85
Fax : 01 55 30 03 12
www.distrifaf.com

Demande de Prise en Charge Formation Professionnelle Continue

DOSSIER COMPLET À DEPOSER UN MOIS AVANT LE DEBUT DE LA FORMATION

ADHÉRENT

Nom ou Raison Sociale : _____ Enseigne : _____
Adresse : _____ CP : _____ Ville : _____
Tél : _____ Fax : _____ E mail : _____
SIRET : _____ Code NAF : _____
Convention Collective : _____ Effectifs : _____

ACTION DE FORMATION

Intitulé du Stage : _____
Date de début : _____ Date de Fin : _____
Lieu : Entreprise Organisme Autres : _____
Durée du stage en jours : _____ en heures : _____ Nombre de salariés participants : _____
COUT TOTAL H.T. DE LA FORMATION : _____ €

ORGANISME DE FORMATION

Nom ou Raison Sociale : _____
Adresse : _____ CP : _____ Ville : _____
Tél : _____ Fax : _____ E mail : _____
SIRET : _____ Code NAF : _____
N° de déclaration d'existence : _____ Organisme : Privé Public
L'organisme est-il assujéti à la TVA : OUI NON

Je soussigné (nom et fonction dans l'entreprise) _____
atteste que toutes les informations figurant sur cette demande sont exactes et m'engage à informer
Distrifaf de toute modification.
Fait à _____ Signature et cachet de l'entreprise :
Le _____

MERCI DE BIEN VOULOIR JOINDRE A LA DEMANDE LES DOCUMENTS SUIVANTS :

- PROGRAMME DÉTAILLÉ DE LA FORMATION
- CONVENTION DE FORMATION CONFORME AU CODE DU TRAVAIL
- COPIE DU DERNIER BULLETIN DE PAIE DES SALARIÉS CONCERNÉS
- SI DIF**, LETTRE DE DEMANDE DU SALARIÉ À L'ENTREPRISE
- SI PÉRIODE DE PROFESSIONNALISATION**, CV DU TUTEUR

TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REFUSE PAR DISTRIFAF.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARTICIPANTS À LA FORMATION (page à copier si plus de deux salariés participants)

SALARIÉ 1

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance _____ Date ancienneté _____ Emploi Actuel _____

Contrat		Durée du travail		CSP*	Niveau de formation*	Public*	Catégorie de la formation*	Dispositif
CDI <input type="checkbox"/>	CDD <input type="checkbox"/>	Temps Complet <input type="checkbox"/>	Temps Partiel <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> Plan de formation <input type="checkbox"/> DIF <input type="checkbox"/> Période de Professionnalisation

Si DIF	Répartition des Heures		Rémunération <small>(Prise en charge possible selon dispositif et effectif de l'entreprise)</small>		Frais Annexes		
Nombre heures DIF <small>(acquises et non utilisées du salarié)</small>	Heures réalisées Hors Temps de Travail (HTT)	Heures réalisées Pendant le Temps de Travail	Salaire brut horaire chargé <small>(Salaire brut + charges patronales /durée mensuelle)</small>	Allocation de Formation <small>(50% du salaire horaire net de référence) Uniquement si Formation HTT</small>	Repas	Transport	Hotel

MOTIVATION DE LA DEMANDE : _____

Signature du salarié :

SALARIÉ 2

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance _____ Date ancienneté _____ Emploi Actuel _____

Contrat		Durée du travail		CSP*	Niveau de formation*	Public*	Catégorie de la formation*	Dispositif
CDI <input type="checkbox"/>	CDD <input type="checkbox"/>	Temps Complet <input type="checkbox"/>	Temps Partiel <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> Plan de formation <input type="checkbox"/> DIF <input type="checkbox"/> Période de Professionnalisation

Si DIF	Répartition des Heures		Rémunération <small>(Prise en charge possible selon dispositif et effectif de l'entreprise)</small>		Frais Annexes		
Nombre heures DIF <small>(acquises et non utilisées du salarié)</small>	Heures réalisées Hors Temps de Travail (HTT)	Heures réalisées Pendant le Temps de Travail	Salaire brut horaire chargé <small>(Salaire brut + charges patronales /durée mensuelle)</small>	Allocation de Formation <small>(50% du salaire horaire net de référence) Uniquement si Formation HTT</small>	Repas	Transport	Hotel

MOTIVATION DE LA DEMANDE : _____

Signature du salarié :

* Notice explicative

CSP	Niveau de Formation	Public (à définir si période de professionnalisation)	Catégorie de la Formation
1 Ouvrier non Qualifié 2 Ouvrier Qualifié 3 Employé 4 Agent de maîtrise 5 Technicien 6 Ingénieur et cadre 7 Dirigeant salarié 8 Dirigeant non salarié	1 Niveau supérieur à la maîtrise 2 Niveau I et II (licence) 3 Niveau III (BTS, DUT, DEUG) 4 Niveau IV (BAC, BP, BT) 5 Niveau V (BEP, CAP) 6 Niveau V bis (CEP) 7 Niveau VI (Fin de scolarité) 9 Indéfini	1 Salariés dont la qualification est insuffisante au regard de l'évolution des technologies et de l'organisation du travail. 2 Salariés qui ont 20 ans d'activité professionnelle, ou 45 ans et plus 3 Salariés qui envisagent la création ou la reprise d'une entreprise 4 Salariés qui reprennent leur activité professionnelle après un congé maternité ou parental 5 Bénéficiaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés	Le code du travail précise que les actions de formation doivent être distinguées selon qu'elles relèvent de : 1 Adaptation au poste de travail 2 Evolution et/ou maintien dans l'emploi 3 Développement des compétences