Université de Limoges

FORMULAIRE DE PRISE EN CHARGE FINANCIERE 2026-2027
FORMATION CONTINUE (à retourner complété à dfc@unilim.fr)

☐Mme ☐M. NOM d'usage : …….. Prénom : ……
Nom de naissance : …… Adresse : ……..……..
Code Postal : …… Ville : ……
Tél. : …. /…./…./…./…. Mél. :

INTITULE DE LA FORMATION (*Préciser option / parcours / année / lieu de formation) :*

……..……..……

SITUATION PROFESSIONNELLE :

☐ Salarié

☐ Particulier (retraité ou salarié en autofinancement)

☐ Chef d'entreprise / artisan / commerçant /intermittent du spectacle / Libéral : ……

☐ Demandeur d'Emploi, identifiant |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Agence :

PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION :

Le coût de la formation comprend les droits d'inscription **à régler à l'inscription** et des frais de formation **à régler à réception de la facture**, tarifs consultables sur https://www.unilim.fr/dfca (à compléter obligatoirement pour que ce formulaire soit valide)

Droits d'inscription : …….. € **Frais de formation : …….. €**

1. Autofinancement

A ……, le……
Signature stagiaire :

☐ **par le stagiaire** à ses propres frais

☐ **par le stagiaire** en mobilisant son Compte Personnel de Formation (CPF)
NB : demande CPF déjà effectuée sur la plateforme « Mon compte Formation »

2. Règlement par l'employeur

A ……, le ……
Signature **et** cachet employeur :

Nom ou raison sociale : .....
Adresse : .....
Code postal / Ville : …… Tél. : …. /…./…./…./….
SIRET : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Code NAF :
NOM/Prénom du contact gérant le dossier : ……
Mél ……
NOM/Prénom et qualité du signataire de la convention : ……
Mél (obligatoire) ……

- Règlement des droits d'inscription par : ☐ l'employeur ☐ le stagiaire (joindre chèque correspondant)
- Règlement des frais de formation par : ☐ l'employeur ☐ l'OPCO, précisez : .....
  - ☐ Facturation par année civile (uniquement si délais de contractualisation respectés) : ☐ oui ☐ non
  - ☐ Subrogation souhaitée, joindre obligatoirement l'accord de prise en charge OPCO à ce formulaire
  - ☐ Règlement partiel employeur, somme prise en charge par : l'employeur : ……..€ / le stagiaire : …..… €

3. Règlement par un tiers (uniquement si accord de prise en charge reçu, sinon autofinancement)

A ……, le ……
Signature stagiaire :

☐ France Travail

☐ Transitions pro

☐ Autre : ……

4. Règlement par le stagiaire et remboursement par un tiers

*Joindre **IMPERATIVEMENT** la demande de prise en charge ou l'accord du tiers qui rembourse*

☐ FIFPL ☐ Autre : ……..

A ……, le ……
Signature stagiaire :