

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**

par le stagiaire à ses propres frais

A ....., le .....  
Signature stagiaire :

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**

Nom ou raison sociale : .....

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

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)**

France Travail

A ....., le .....

Transitions pro

Signature stagiaire :

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 :