

\* : 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  
 Régime de la micro-entreprise  Oui  Non  
 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.(point 1 au verso)
- avoir pris connaissance des informations concernant la loi « Informatique et Libertés » (point 2 au verso)

**Date, signature du stagiaire et cachet de l'entreprise**

Tourner la page S.V.P.

## IMPORTANT

1

 **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.**

2

 Les informations recueillies par le FAFCEA font l'objet d'un traitement informatique afin de permettre aux Organisations Professionnelles (OP) de suivre les dossiers de formation des artisans les ayant sollicités, depuis la demande de financement jusqu'au remboursement effectif de la formation suivie.

Les destinataires des données sont les OP ayant été, préalablement à la réalisation de l'action de formation, sollicitées par les artisans concernés.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au service accueil du FAFCEA, au 14 rue Chapon 75003 Paris, Tél : 01 53 01 05 22, mail : [accueil@fafcea.com](mailto:accueil@fafcea.com).

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.