

* : A remplir obligatoirement en LETTRE CAPITALE

ORGANISME DE FORMATION :	ACTION DE FORMATION
NOM*:	Titre du stage*:
N° déclaration d'activité* : (11 chiffres)	
Adresse*:	Durée en heures* : Dates* : du au
	Montant de la Formation* : HT
CP* : Ville* :	Autre financeur : Montant :
☎* :	Adresse complète du stage* :
@* :	Code Postal* : Ville* :
	Formation dans l'entreprise du stagiaire ?* : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

STAGIAIRE	ENTREPRISE
<input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame	NOM de l'Entreprise*:
NOM*:	Adresse*:
Prénom*:	
Date de naissance*:	CP* : Ville* :
	☎* : ☎ :
Statut dans l'entreprise* : (cocher la case correspondante)	@* :
<input type="checkbox"/> Chef d'entreprise exerçant une activité artisanale	Activité principale :
<input type="checkbox"/> Auto-entrepreneur inscrit ou non au Répertoire des Métiers	N° répertoire des Métiers (SIREN)*:
<input type="checkbox"/> Conjoint collaborateur	Code NAFA (APRM : 4 chiffres & 2 lettres)*:
<input type="checkbox"/> Conjoint associé exerçant une activité artisanale	(Attribué lors de l'inscription à la Chambre des Métiers)
<input type="checkbox"/> Auxiliaire familial	

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 :	<input type="checkbox"/> Je reconnais avoir été conseillé par une Organisation Professionnelle
Conseiller :	
Qualité :	
Signature du Conseiller et Cachet de l'OP	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.