

Demande de prise en charge d'un Congé individuel de formation (CIF)

CDI

A COMPLETER PAR LE DEMANDEUR

Pour une formation en langue étrangère, joindre la fiche obligatoire, à faire compléter par l'organisme de formation.

Nom

Prénom

Tél. pers. Tél. port

E-mail pers.

Adresse

Code postal Ville

CADRE RESERVÉ A L'AGECIF CAMA

Date de réception

Numéro de dossier

Situation de famille Marié Célibataire Parent isolé Veuf Nb d'enfants

Sex H F Né(e) le Age

Nationalité N° Sécurité sociale Clé

Ancienneté en tant que salarié : quelle que soit l'entreprise : an(s)

dans l'entreprise actuelle : an(s)

dans le groupe : an(s)

Avez-vous déjà bénéficié d'un Congé individuel de formation par l'Agecif Cama?

Oui Non Si oui, Date de début : Date de fin : Durée pec :

Avez-vous participé préalablement à une démarche d'accompagnement financée par l'Agecif Cama ?

Bilan de compétences Cap'Projet VAE Date de fin : Non

Indiquez votre(vos) diplôme(s) correspondants aux niveaux de fin d'études suivants : le cas échéant votre niveau de fin d'études.

..... I et II (= ou > à licence ou diplôme ingénieur)

..... III (niveau bac + 2 - BTS - DUT - DEUG...)

..... IV (BP - bac technique - bac général - BT)

..... V (BEP - CAP)

..... VI (Fin de scolarité obligatoire)

Intitulé de la formation

Je, soussigné(e), certifie l'exactitude des renseignements portés sur la présente demande et joins à ce dossier ma lettre de motivation ainsi que toutes les pièces annexes nécessaires.

Par ailleurs, j'ai pris connaissance des modalités de prise en charge de l'Agecif Cama et m'engage à donner suite à mon CIF dans ces conditions.

Fait à, le

Signature :



Association de gestion paritaire du congé individuel de formation
du crédit et de la mutualité agricoles

50, rue La Boétie - 75008 Paris - Tél. : 01 49 53 44 00 - Fax : 01 43 59 21 65

A COMPLETER PAR L'ORGANISME DE FORMATION

Pour une formation en langue étrangère, joindre la fiche obligatoire, à faire compléter par l'organisme de formation.

Raison sociale

N° DECLARATION D'ACTIVITE

Siret
Adresse
Code postal Ville

Coordonnées de l'interlocuteur

Nom.Prénom
Téléphone.E-mail

Organisme du secteur

Public et parapublic Privé consulaire Autres

CARACTÉRISTIQUES DE L'ACTION DE FORMATION

(compléter et/ou cocher les cases réponses)

Intitulé précis de la formation

Nb sessions par an Nb participants par session

Adresse du lieu de formation
Code postal Ville

Validation de la formation (joindre obligatoirement la copie parution JO si nécessaire)

Diplôme d'Etat Titre ou diplôme inscrit au RNCP oui non Date publication
 Titre homologué Attestation Certificat de qualification professionnelle (CQP)
 Autres (préciser)

Niveau de formation visé

I et II (= ou > à licence) III (niveau bac + 2) IV (BP - bac technique - BT)
 V (BEP - CAP) VI (Fin de scolarité obligatoire) Autres

Procédure de validation des acquis de l'expérience (VAE) en cours

Oui Non Si oui, date de réunion du jury

Objectifs poursuivis à l'occasion de cette formation

Qualification supérieure Ouverture à la vie sociale et/ou culturelle Perfectionnement professionnel
 Changement d'activité Autres (préciser)

IMPORTANT

Ce dossier doit permettre à l'Agecif Cama de décider d'une participation aux frais pédagogiques et de prendre en charge tout ou partie de la rémunération du stagiaire pendant la durée effective de la formation. Il est donc important que les informations figurant ci-dessous soient les plus précises possible. **Elles devront, par ailleurs, être complétées d'un planning, d'une annexe pédagogique et d'une plaquette officielle de l'organisme de formation. Ces informations ne constituent aucunement un engagement de la part de l'organisme de formation à intégrer le salarié dans le cursus décrit.**

ORGANISATION DE LA FORMATION

Date de début Date de fin

Durée totale de la formation(stages compris) en heures

Dont nb heures de cours (formation théorique) nb d'heures de stage (formation pratique)

Cours/formation théorique

Organisation par année scolaire	1 ^{re} année	2 ^e année	3 ^e année	Total
Nombre d' heures	heures	heures	heures	heures
Et nombre de jours	jours	jours	jours	jours
Nombre de semaines	semaines	semaines	semaines	semaines

Cours/formation pratique

Organisation par année scolaire	1 ^{re} année	2 ^e année	3 ^e année	Total
Nombre d' heures	heures	heures	heures	heures

Indiquez ci-dessous les interruptions de la formation pour vacances, congés scolaires ou universitaires

.....

COÛT PÉDAGOGIQUE (hors frais d'inscription, de fournitures, de documentation, d'hébergement ou de repas)

Montant HT€

Frais d'inscription

Montant TTC€

Montant€

▶ Le signataire atteste la sincérité de tous les renseignements portés sur le présent document.

Cachet de l'organisme de formation

Nom et qualité du signataire

A, le

Signature

À COMPLÉTER PAR L'EMPLOYEUR

IMPORTANT

Le demandeur satisfait aux conditions requises pour exercer son droit à un Congé individuel de formation et vous l'autorisez à s'absenter. Ce document doit permettre à l'Agecif Cama de décider d'une éventuelle prise en charge de sa rémunération durant la période de formation ayant lieu pendant le temps de travail.

Raison sociale N° d'adhérent Agecif Cama

Convention collective applicable dans l'entreprise

Adresse

Code postal Ville

Nom et prénom de l'interlocuteur

Téléphone. : E-mail

AUTORISE LE SALARIÉ

Nom Prénom

Emploi occupé. : Date d'entrée dans l'entreprise :

Date d'entrée dans le groupe :

Catégorie professionnelle

Agent d'application/Employé TAU/Agent de maîtrise Responsable de management /Cadre ou assimilé

À S'ABSENTER

du au

Pour suivre la formation de :

D'une durée de : heures

Il est convenu que pendant les périodes d'interruption de la formation, le salarié

- réintégrera l'entreprise et/ou
- utilisera ses droits à congés
- se trouvera en situation de Congé individuel de formation non rémunéré.

CERTIFIE

l'exactitude des éléments spécifiques du contrat de travail du salarié ci-dessus désigné. Ces éléments serviront de base de calcul de la prise en charge de rémunération par l'Agecif Cama.

▶ Nom et qualité du signataire

Fait à, le

Signature :

Cachet de l'entreprise

À COMPLÉTER PAR L'EMPLOYEUR

IMPORTANT

Les informations communiquées vont servir à établir le budget prévisionnel, calculé à partir de la durée de prise en charge décidée par la Commission d'examen des dossiers

ADHERENT

Raison sociale N° d'adhérent Agecif Cama

Interlocuteur chargé du suivi du remboursement de la rémunération

Nom

Téléphone. : Fax

E-mail

RYTHME DE TRAVAIL DU SALARIE

Nom Prénom

à temps plein à temps partiel forfait cadre : nb jours

Volumes horaires de travail (mentionner le nombre d'heures contractuel)

Mensuel H Hebdomadaire H Quotidien H

indiquez sur le tableau la répartition du temps de travail contractuel :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jedi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Matin							
Après-midi							
Autres							

ELEMENTS DE REMUNERATION

Les coûts à indiquer doivent obligatoirement inclure :

- les charges sociales et fiscales
- les primes constantes (non exceptionnelles),
- et tout autre élément significatif lié à la rémunération.

	Année précédente (= salaire référence)	201 . .	201 . .	201 . .	201 . .
Coût brut annuel chargé					
Coût brut mensuel chargé (coût brut annuel chargé/12)					
Coût horaire chargé (coût brut mensuel chargé/nb heures contractuelles)					
Montant prévisionnel chargé à rembourser (coût horaire chargé x nb heures de cours)					

Le remboursement des rémunérations se fait selon les modalités de prise en charge décidées par l'Agecif Cama, l'organisation du cursus et les dispositions contractuelles relatives au salariés concerné.

▶ Nom et qualité du signataire

Fait à, le

Signature :

Cachet de l'entreprise