

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE

Formation

Ou diplôme :

Filière

Ou option :

A COMPLETER **IMPERATIVEMENT** DANS TOUS LES CAS DE PRISE EN CHARGE

Ce formulaire est à remplir en deux exemplaires*, à signer et à retourner au Cnam

Une convention et une facture vous seront transmises dans les prochains jours.

L'inscription ne devient effective qu'après le règlement des droits d'inscription.

1. EMPLOYEUR

N° SIRET : Code APE :

Nom :

Forme juridique :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. : Fax :

Nom du responsable :

Fonction – grade :

S'engage à régler l'inscription souscrite au bénéfice de l'ARCNAM pour le 1^{er} semestre 2nd semestre 20..... :

* (renseigner une attestation par semestre pris en charge)

2. IDENTIFICATION DU CANDIDAT

Nom :

Prénoms :

Profession :

Pour un montant de :
(à compléter en toutes lettres, l'attestation n'ayant de valeur que si cette rubrique est renseignée)

Eventuellement :

- montant dû par l'employeur à l'organisme : euros

- montant dû par le stagiaire : euros (à joindre au dossier)

L'employeur a-t-il demandé l'intervention d'un organisme de mutualisation pour la prise en charge de la formation ?

☐ OUI (dans ce cas remplir la rubrique 3)

☐ NON

3. ORGANISME DE MUTUALISATION

N° SIRET de l'organisme de mutualisation :

Nom de l'organisme :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. : Fax :

Personne à contacter :

En cas de prise en charge par un organisme de mutualisation, joindre la présente demande auprès de l'organisme concerné pour signature (1).

4. ENGAGEMENTS COMPLEMENTAIRES DU STAGIAIRE, DE SON EMPLOYEUR ET DE L'ORGANISME FINANCEUR

L'employeur déclare avoir pris connaissance des conditions d'organisation et de déroulement de la formation et s'engage à permettre la présence du candidat aux cours et stages organisés.

Le candidat s'engage à être présent aux cours et stages de la formation.

En cas d'absence, d'abandon ou de carence ultérieure de l'organisme financeur, pour quelque raison que ce soit, le stagiaire dans le cas du congé individuel de formation : CIF, ..., ou l'employeur dans le cas d'une prise en charge de la formation continue, s'engage à régler le solde du droit d'inscription et du coût de la formation (dans le cadre de l'application de l'article L.920-9 du code du travail et de l'arrêt de la cour de cassation du 09-03-94 n°1238 D).

L'employeur et le candidat déclarent avoir pris connaissance que cette inscription ne peut être annulée que durant un délai de 10 jours francs à partir de la date de signature du dossier.

L'employeur	Le stagiaire	(1) L'organisme financeur
Date, cachet et signature	Date, cachet et signature	Date, cachet et signature
à _____	à _____	à _____
le, _____	le, _____	le, _____

Centre Régional Associé du Cnam de la Réunion

Siège Social : Campus Universitaire du Moufia – 15, avenue René Cassin
97715 Saint-Denis Messag.Cedex 9

Adresse postale : 18, rue Claude Chappe ZAC 2000 – BP 274 - 97827 Le Port Cedex
Tél. 0262 42 28 37 **Fax** : 0262 55 68 27

Numéro de Siret : 443 381 322 00017

Numéro de Déclaration d'existence à la Préfecture de La Réunion : 98 97 02821 97