

Chargée du suivi : Fabienne POUGNAND
fabienne.pougnand@fft.fr ☎ 05.49.09.97.19

FORMATION CONTINUE PROFESSIONNELLE 2020

« Donner des consignes efficaces grâce aux techniques des sciences cognitives »

Intervenants : Pierre FAYE et Raoul PRINSI

Pôle de Limoges	Lundis 16 et 23 Mars 2020	Date limite d'inscription	15-02-2020
------------------------	----------------------------------	----------------------------------	-------------------

DOSSIER D'INSCRIPTION

A retourner impérativement le dossier complet par courrier à l'adresse suivante :
Ligue de Tennis Nouvelle Aquitaine – Pôle de Niort, à l'attention de Mme Fabienne POUGNAND
Rue du Pasteur Louis Joubert 79000 NIORT
avant le **15-02-2020** pour une demande de prise en charge par l'OPCO-AFDAS

Renseignements civils et administratifs

Mr Mme (2) Cocher la case correspondante – préciser également le nom de jeune fille

NOM : _____ Prénom : _____

Date de Naissance : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone portable : _____ Adresse e-mail : _____

N° de la carte professionnelle : _____ N° Sécurité Sociale : _____

Cadre réservé à la ligue

Dossier d'inscription reçu le _____ complet incomplet

Dossier d'inscription validé le : _____

Dossier d'inscription refusé le : _____ motifs : _____

Situation personnelle et prise en charge du coût de formation

(Cocher les cases correspondantes)

- Vous êtes salarié(e)** (Précisez la nature de votre contrat)
- en CDD en CDI date du début de contrat _____ date de fin de contrat (CDD) : _____
- à temps plein à temps partiel
- autre type de contrat (précisez : contrat d'apprentissage, contrat de professionnalisation, contrat emploi formation,...) : _____

ENGAGEMENT DE LA STRUCTURE EMPLOYEUSE

Raison sociale : _____ N° d'affiliation club : 59 _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Adresse e-mail : _____

Je soussigné(e) _____ en qualité de : _____

autorise, Mr/Mme _____ à suivre l'ensemble de la formation et certifie prendre en charge la totalité du financement, soit un montant de 450 €, réglés par chèque bancaire ci-joint.

Je suis informé(e) que lorsque l'employeur mobilise le plan de développement des compétences légal ou conventionnel, la formation est réalisée par défaut sur le temps de travail. Seules 30 h/an et par salarié peuvent être effectués hors temps de travail à condition d'avoir un accord écrit du salarié.

Dans le cadre des mesures en faveur de la formation continue professionnelle, nous solliciterons l'OPCO. Je certifie que notre club est adhérent à l'AFDAS » sous le numéro : _____ et à jour de ses cotisations, pour prétendre au dispositif de prise en charge du coût de la formation.

Fait à _____ le _____
Signature et cachet de l'employeur

Fait à _____ le _____
Signature du stagiaire

- Vous n'êtes pas salarié(e)** précisez votre statut : travailleur indépendant auto-entrepreneur
- Je finance personnellement la formation et joins le règlement de 450 € par chèque bancaire.
- En tant que travailleur indépendant / auto-entrepreneur, je sollicite une prise en charge par un fonds d'assurance formation auprès de AGEFICE FIF PL

Signature du stagiaire

- Vous êtes demandeur-se d'emploi.** (Précisez l'agence Pole emploi dont vous dépendez) : _____
- En tant que demandeur d'emploi, je bénéficie de ARE RFPE ASS AIF, et certifie pouvoir bénéficier d'une prise en charge à ce titre. (Joindre obligatoirement tous les justificatifs)

Signature du stagiaire