

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

FORMATION CONTINUE PROFESSIONNELLE 2020

« La Génération Z »
Intervenante : Mélanie MAILLARD

Tennis Club du Stade Poitevin	Jeudi 19 mars 2020	Date limite d'inscription	20-02-2020
-------------------------------	--------------------	---------------------------	------------

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 **20-02-2020** 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 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 désignée.

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.

Je certifie que notre club est adhérent à l'OP-CO « AFDAS » sous le numéro : _____ et à jour de ses cotisations, pour prétendre au dispositif « Action Collective Territoriale » pour la 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 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