



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

**DEMANDE DE PRISE EN CHARGE
DES COTISATIONS DE SÉCURITÉ SOCIALE
DES STAGIAIRES DE LA FORMATION
PROFESSIONNELLE NON RÉMUNÉRÉS**

(Sixième partie du Code du Travail) **cerfa** N°12576*02

Organisme gestionnaire

Centre de formation

CACHET

À REMPLIR PAR LE STAGIAIRE

ETAT CIVIL

M. Mme Mlle

Votre nom de naissance _____

Votre nom d'épouse ou d'époux (éventuellement) _____

Votre prénom _____

Votre date de naissance _____ à _____

Votre nationalité Française Union européenne Autre (à préciser) _____

Votre adresse : _____
numéro _____ rue ou lieu dit _____
code postal _____ commune _____

Votre adresse électronique _____ @ _____

RÉGIME DE PROTECTION SOCIALE

Votre numéro de sécurité sociale _____

Vous êtes affilié(e) :

au régime général à la caisse de : _____ département : _____

au régime d'assurance maladie des exploitants agricoles en tant que : exploitant conjoint
 associé d'exploitation aide familial

au régime des salariés agricoles en tant que : salarié d'exploitation salarié d'organisme agricole

à un autre régime (précisez lequel) : _____

Vous n'êtes pas affilié(e) à titre personnel (par exemple : ayant-droit)

SITUATION À L'ENTRÉE EN STAGE

Dans le cas d'activité agricole chef d'exploitation aide familial conjoint salarié d'exploitation agricole

Dans le cas d'activité non agricole salarié non salarié demandeur d'emploi

Si vous êtes demandeur d'emploi • inscrit à Pôle emploi oui non

si oui, depuis combien de temps en continu :

moins de six mois 6 à 11 mois 12 à 23 mois 24 mois et plus

VOUS ÊTES BÉNÉFICIAIRE DU RSA oui non si oui, à quel titre : à titre d'allocataire à titre d'ayant droit

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE NIVEAU DE FORMATION (cochez les cases qui correspondent à votre situation) :

Votre dernière classe suivie :	Votre diplôme le plus élevé obtenu :
<input type="checkbox"/> Primaire, 6 ^e , 5 ^e , 4 ^e , CPA, CPPN ou CLIPA	<input type="checkbox"/> Aucun diplôme
<input type="checkbox"/> 3 ^e ou première année de CAP ou BEP	<input type="checkbox"/> Certificat d'étude primaire (CEP)
<input type="checkbox"/> 2 ^{de} , 1 ^{ère} de l'enseignement général ou 2 ^e année de CAP ou BEP	<input type="checkbox"/> Brevet des collèges (BEPC)
<input type="checkbox"/> Terminale	<input type="checkbox"/> CAP ou BEP
<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} ou 2 ^e année de DEUG, DUT, BTS, école des formations sanitaires et sociales..	<input type="checkbox"/> Baccalauréat général, technologique ou professionnel
<input type="checkbox"/> Classes de 2 ^e ou 3 ^e cycle de l'enseignement supérieur	<input type="checkbox"/> DEUG, DUT, BTS ou autre diplôme de niveau Bac+2
	<input type="checkbox"/> Diplôme de niveau Bac+3 ou plus

Je certifie que, ni mon employeur, ni l'État, ni Pôle emploi, ni aucun organisme ne me verse une rémunération ou indemnité au titre de ce stage.
J'ai été averti(e) que ma prise en charge sera conditionnée par ma présence au stage (art. R.6341-45 du Code du Travail).
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus sous peine des sanctions prévues par la loi 68-690 du 31/7/1968 (art. 22 11).

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique à cette demande.
Elle vous donne droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

Fait à _____ le _____

Signature du stagiaire

RÉSERVÉ AU CENTRE DE FORMATION

Agrément Etat Agrément Conseil Régional Autre

N° d'agrément ou de convention : _____

Intitulé du stage ou cycle _____
(doit correspondre à celui qui a fait l'objet de l'agrément de rémunération)

Spécialité de la formation (NSF)
spécialité code fonction

Nomenclature consultable à l'adresse suivante : <http://www.centre-info.fr/Nomenclature-des-specialites-de.html>

Adresse électronique du centre _____ @ _____

Code postal et commune du lieu de formation _____

Date d'ouverture Date de fin prévue Durée totale du stage pour le stagiaire (en heures)

Stagiaire entré le Date de sortie prévue dont en entreprise

Objectif du stage : reportez-vous à la notice explicative (cochez la case concernée) Durée hebdomadaire (en heures)

- certification
- professionnalisation
- préparation à la qualification
- remise à niveau, maîtrise des savoirs de base, initiation
- (re) mobilisation, aide à l'élaboration de projet professionnel
- perfectionnement / élargissement des compétences
- création d'entreprise

Si le stage vise une certification ou une professionnalisation, niveau de la qualification préparée

- niveau CAP - BEP (niveau V)
- niveau Baccalauréat, Brevet technicien, Brevet professionnel (niveau IV)
- niveau DEUG, DUT, BTS (niveau III)
- niveau licence et supérieur (niveau I et II)

ÉTAT DE PRÉSENCE

janvier h février h mars h avril h mai h juin h total semestriel h

juillet h août h septembre h octobre h novembre h décembre h total semestriel h

remarques éventuelles _____ total général h

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Accord de prise en charge *Risques couverts* _____

Rejet _____

VISA

