

**BULLETIN DE DEMANDE DE CONVENTION DE FORMATION PROFESSIONNELLE
À REMPLIR DANS SON INTÉGRALITÉ**

STAGIAIRE

Nom (Melle, Mme, M.) : Prénom :

Portable : e-mail :

Profession : Année d'obtention du diplôme :

Numéro ADELI* pour les psychomotriciens :

*A transmettre obligatoirement au moins 15 jours avant le début de la formation pour obtenir au terme de celle-ci et si la formation a été suivie dans son intégralité l'attestation de DPC.

FORMATION DEMANDÉE :

Dates : Coût : € T.T.C.

ÉTABLISSEMENT

NOM ou raison sociale :

Service :

Adresse :

Organisme et adresse de facturation si différente :

Nom du correspondant formation (Melle, Mme, M.) :

Téléphone : **e-mail :**

Merci de nous fournir les informations ci-dessous indispensables à la prise en compte de votre demande.

Le règlement de la formation à l'A.F.P.U.P. proviendra directement :

- De l'établissement**
- Des pouvoirs publics pour la formation de leur agent**
 - ANFH, Hôpital Public
 - Conseil Régional
 - Pôle Emploi
 - Département, Commune
- D'un organisme paritaire collecteur agréé (OPCA) :**
 - Au titre du plan de formation
 - Au titre de la professionnalisation et du droit individuel à la formation
 - Au titre du congé individuel de formation

Nom de l'OPCA :
- Du professionnel exerçant en libéral et bénéficiant d'une prise en charge par le FIF PL**

Fait à le

Nom du responsable.....

Signature et cachet de l'établissement