

MODE D'EMPLOI POUR CHEFS D'ENTREPRISE

S'INSCRIRE EN FORMATION

Renvoyer le devis/convention signé à IF2P accompagné du règlement du montant total de la formation (chèque débité le jour de démarrage de la formation).

FAIRE MA DEMANDE DE PRISE EN CHARGE, AVANT LA FORMATION :

PIÈCES À FOURNIR OBLIGATOIREMENT

- Formulaire FAFCEA complété et signé/cacheté
 - Programme de formation (fourni par IF2P)
 - Devis/convention des coûts pédagogiques de la formation (fourni par IF2P)
 - Copie carte d'artisan en cours de validité **OU** extrait d'inscription D1 au Répertoire des Métiers de -1 an.
 - Attestation sur l'honneur uniquement pour les auto-entrepreneurs (voir page suivante)
- Le dossier complet doit parvenir au FAFCEA en un seul envoi 3 mois avant et/ou jusqu'au jour de début de la formation. Au-delà, le FAFCEA le refusera.
- La subrogation de paiement n'est pas autorisée : FAFCEA rembourse l'entreprise directement et non l'organisme de formation.

À QUI ENVOYER MON DOSSIER DE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE ?

- Je suis adhérent à la FFB ou CAPEB de ma région, j'envoie mon dossier complet à mon interlocuteur habituel
- Je renvoie le dossier directement au FAFCEA : (☎ 01 53 01 05 22)
FAFCEA 14 rue Chapon - CS 81234 - 75139 PARIS CEDEX 03 accueil@fafcea.com

OU

- Je demande à IF2P-EVOLUTION de transmettre mon dossier au FAFCEA. Bien le préciser à l'inscription (Attention : vous seul recevrez l'accord ou le refus du FAFCEA)

POUR ÊTRE REMBOURSÉ, APRÈS LA FORMATION :

- J'envoie ma demande de remboursement : Copie de la facture obligatoirement « certifiée acquittée » par l'organisme de formation + Copie de la feuille d'émargement signée du stagiaire et du formateur

OU

- Je demande à IF2P-EVOLUTION de le faire pour moi, et donc je leur transmets l'accord de prise en charge avant le dernier jour de formation.

CRITÈRES DE REMBOURSEMENT (màj au 01/09/2017)

	Condition	Montant remboursable sur facture
Coûts pédagogiques	100 heures max / an	30€ / heure
Hôtel	Prise en charge de l'hébergement la nuit précédent le début de la formation si le stagiaire est domicilié à + de 100 km du stage	110€ / nuit
Repas	Forfait plafonné	18€ / repas
Déplacement	Plus de 800km ou plus de 4h30 de trajet entre le siège de l'entreprise et le lieu de formation	400€ d'avion ou 2 nd e classe SNCF

ATTESTATION SUR L'HONNEUR UNIQUEMENT POUR LES AUTO-ENTREPRENEURS

Je soussigné (nom et prénom)
agissant en qualité de (qualité du dirigeant).....
au nom et pour le compte de la société (nom et forme juridique)
immatriculée au Répertoire des métiers de
où à l'INSEE (*pour les auto-entrepreneurs non-inscrits au Répertoire des Métiers*)
sous le n°
code APM/ NAFA (ou APE/NAF).....
et dont le siège est situé à (adresse du siège social de la société).....
.....

Déclare sur l'honneur :

Déclaration de Chiffre d'affaire

Avoir régulièrement déclaré au moins un chiffre d'affaires qui ne soit pas nul lors des 12 mois civils consécutifs précédant le dépôt de la demande de prise en charge de la formation.

Situation fiscale et sociale :

Avoir cumulativement au titre de l'exercice de l'année passée :

- souscrit les déclarations m'incombant en matière fiscale et sociale,
- acquitté les impôts et cotisations exigibles au titre de l'exercice de l'année passée.

Je certifie que les renseignements fournis ci-dessus sont exacts.

Fait à

Le

Signature

Cachet de l'Entreprise

* : A remplir obligatoirement en LETTRE CAPITALE

ORGANISME DE FORMATION :

NOM* : IF2P EVOLUTION
N° déclaration d'activité* : (11 chiffres) 72330905833
N° SIREN* : 793 535 576
Adresse* : 176 RUE ACHARD BAT C1
CP* : 33300 Ville* : BORDEAUX
☎* : 05 56 37 44 40
@* : contact@if2p-evolution.com

ACTION DE FORMATION

Titre du stage* :
Durée en heures* : Dates* : du au
Montant de la Formation* : HT
Autre financeur : Montant :
Adresse complète du stage* : 176 rue Achard Bât C1
Code Postal* : 33300 Ville* : BORDEAUX
Formation dans l'entreprise du stagiaire ?* : Oui Non

STAGIAIRE

Monsieur Madame
NOM* :
Prénom* :
Date de naissance* :
Statut dans l'entreprise* : (cocher la case correspondante)
 Chef d'entreprise
 Régime de la micro-entreprise Oui Non
 Conjoint collaborateur
 Conjoint associé exerçant une activité artisanale
 Auxiliaire familial
Souhaitez-vous être contacté par email ?* : Oui Non

ENTREPRISE

NOM de l'Entreprise* :
Adresse* :
CP* : Ville* :
☎* : :
@* :
N° répertoire des Métiers (SIREN)* :
Date de création* :
Code NAF (APE : 4 chiffres & 1 lettre)* :
Code NAFA (APRM : 4 chiffres & 2 lettres)* :
(Attribué lors de l'inscription à la Chambre des Métiers)

CONSEIL A L'ENTREPRISE

(à ne remplir que si le stagiaire a été conseillé par une Organisation Professionnelle)

(Partie à compléter par l'Organisation Professionnelle)

(Partie à compléter par le stagiaire)

Organisme :
Conseiller :
Qualité :
Signature du Conseiller et Cachet de l'OP

Je reconnais avoir été conseillé par une Organisation Professionnelle
Signature du stagiaire et cachet de l'Entreprise

ATTESTATION*

Je soussigné(e) M(me)

Atteste :

- que tous les renseignements portés sur ce document sont certifiés sincères et conformes,
- avoir pris connaissance de la possibilité que le FAFCEA engage une démarche de vérifications des conditions d'utilisation des fonds destinés au financement de la formation.(point 1 au verso)
- avoir pris connaissance des informations concernant la loi « Informatique et Libertés » (point 2 au verso)

Date, signature du stagiaire et cachet de l'entreprise