

# DEMANDE DE PRISE EN CHARGE 2008

## d'une action de formation / bilan de compétences / VAE entreprise - 10 salariés

A adresser avec le Programme (et la Convention) de formation  
15 jours avant la date de début du stage à votre centre de gestion OPCALIA :

**Rhône et « Deux Savoies »**  
66 avenue Jean Mermoz – BP 8048  
69351 LYON cedex 08  
Tél : 04 78 77 06 87  
Fax : 04 78 77 06 88

**Isère**  
196 rue du Rocher de Lorzier  
38430 MOIRANS  
Tél : 04 76 07 24 53  
Fax : 04 76 91 49 80

**Drôme – Ardèche – Loire**  
57 avenue de Lautagne – BP 117  
26904 VALENCE cedex 9  
Tél : 04 75 75 00 96  
Fax : 04 75 41 07 27

### L'ENTREPRISE

Raison sociale : \_\_\_\_\_ N° Adhérent : \_\_\_\_\_  
Première demande de l'année  oui  non  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Personne à contacter : \_\_\_\_\_ E. mail : \_\_\_\_\_  
N°Tél. : \_\_\_\_\_ N°Fax : \_\_\_\_\_  
N°Siret : \_\_\_\_\_ Code NAF : \_\_\_\_\_

### L'ORGANISME DE FORMATION (ne pas remplir en cas de formation Interne)

NOM DE L'ORGANISME : \_\_\_\_\_ N°Déclaration d'existence : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Personne à contacter : \_\_\_\_\_ E. mail : \_\_\_\_\_  
N°Tél. : \_\_\_\_\_ N°Fax : \_\_\_\_\_  
N°Siret : \_\_\_\_\_ Code NAF \_\_\_\_\_

### L'ACTION DE FORMATION

Intitulé du stage : \_\_\_\_\_ Action de  Formation  Bilan de Compétences  VAE  
Durée en heures : \_\_\_\_\_ du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Coût (Euros H.T.) : \_\_\_\_\_ € Formation commune à plusieurs entreprises : oui  non

### LES STAGIAIRES

NOM prénom	N° de sécurité sociale (obligatoire, y compris la clé)	Catégorie socioprofessionnelle (1)					RQTH (2)		
		OS	OQ	EMP	TAM	CI		PP (3)	DIF (3)

(1) OS : ouvrier spécialisé – OQ : ouvrier qualifié – EMP : employé – TAM : technicien, agent de maîtrise – CI : cadre, ingénieur.

(2) À cocher si le salarié bénéficie de la Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé

(3) PP : Période de Professionnalisation – DIF : Droit Individuel à la Formation ; cases à cocher si la formation s'inscrit dans l'un et/ou l'autre de ces dispositifs pour le salarié.

L'employeur certifie que **les stagiaires sont bien tous salariés de l'entreprise le jour de la formation**. Si cette formation est réalisée en totalité ou pour partie hors temps de travail l'employeur s'engage à respecter les dispositions légales et conventionnelles sur la durée de travail (HS et RP).

Date :

**Nom du Signataire :**  
**Cachet et Signature :**