

Les salariés en Contrat Emploi Consolidé peuvent suivre une formation complémentaire prise en charge en tout ou partie par l'État.

La demande de formation peut être effectuée au moment de l'embauche ou en cours de contrat de travail. L'employeur remplit la présente convention et l'adresse à la Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle qui détermine si l'aide de l'État permettant de financer tout ou partie des frais de formation peut être accordée.

La participation de l'État s'effectue sur la base d'un montant horaire forfaitaire fixé à 22 francs (environ 3,35 euros de l'heure), dans la limite de 400 heures. Elle est versée à l'employeur ou, le cas échéant, à un fonds local emploi solidarité lorsque celui-ci est agréé par le Préfet.

### LA PROTECTION SOCIALE ET SON MODE DE FONCTIONNEMENT

L'employeur de CEC bénéficie d'une exonération des charges sociales patronales dues au titre des accidents du travail dans le cadre de l'exécution du contrat de travail. L'État prend également en charge la cotisation accident de travail dans le cadre de la formation complémentaire CEC : afin que le titulaire CEC puisse bénéficier de cette couverture, il convient de remplir très attentivement la page 2 du présent formulaire dans les conditions indiquées au bas de cette même page.

### LES MENTIONS RELATIVES AU FSE

L'employeur ayant recruté une personne en CEC et l'organisme ayant dispensé cette formation s'engagent à indiquer la participation du Fonds Social Européen dans le financement des conventions de formation que l'employeur est amené à conclure pour la réalisation du projet cofinancé, et à en informer le titulaire de CEC concerné par cette action de formation ainsi que tout intervenant dans le processus de réalisation du projet. Toute publication ou communication relative au projet cofinancé devra faire mention du Fonds Social Européen.

L'employeur d'un salarié en CEC et l'organisme de formation s'engagent à utiliser un système de comptabilité séparée ou une codification adéquate pour le projet cofinancé par le FSE.

Un système extra-comptable par enlèvement des justificatifs pourra être retenu.

Ils s'engagent, en cas de contrôle opéré soit par toute autorité mandatée par le Préfet ou son représentant, soit par les instances communautaires, soit par les organes de contrôles nationaux, à présenter toutes les pièces justificatives qu'ils devront conserver durant 10 ans après le dernier paiement.

L'employeur d'un salarié en CEC ayant bénéficié d'une action de formation cofinancée par le FSE est tenu d'informer l'association agréée de formation bénéficiaire indirecte de l'aide du FSE qu'elle est susceptible de subir des contrôles et qu'elle a les mêmes obligations de comptabilité séparée et de conservation des pièces justificatives.

Les règles communautaires en terme d'éligibilité des actions, du public, du zonage et des dépenses s'appliquent sur les financements communautaires et nationaux.

Le concours du FSE est destiné à cofinancer des dépenses de fonctionnement et de rémunération relatives aux actions éligibles entrant dans le cadre du projet conventionné. Les coûts suivants ne peuvent être pris en compte au titre de la présente convention :

- \* achat d'équipement amortissable,
- \* achat de bien immobilisé,
- \* rémunération de fonctionnaire,
- \* frais financiers, bancaires, et intérêt d'emprunt,
- \* TVA récupérable.

## NOTICE

### NIVEAU DE FORMATION

- |           |   |
|-----------|---|
| <b>20</b> | Formation de niveau égal ou supérieur à celui de la Licence ou des Écoles d'Ingénieurs<br><i>(Équivalent au niveau II ou I de l'Éducation Nationale)</i>  |
| <b>30</b> | Formation du niveau du Brevet de Technicien Supérieur ou du Diplôme des Instituts Universitaires de Technologie et de fin de premier cycle de l'enseignement supérieur <i>(Équivalent au niveau III de l'Éducation Nationale)</i> |
| <b>40</b> | Formation de niveau équivalent à celui du Baccalauréat ou du Brevet de Technicien <i>(Diplôme non obtenu)</i>   |
| <b>41</b> | Diplôme obtenu du Baccalauréat ou du Brevet de Technicien <i>(Équivalent au niveau IV de l'Éducation Nationale)</i>   |
| <b>50</b> | Formation de niveau équivalent à celui du Brevet d'Études Professionnelles (BEP) et du Certificat d'Aptitude Professionnelle (CAP).<br><i>(Diplôme non obtenu)</i>  |
| <b>51</b> | Diplôme obtenu du Brevet d'Études Professionnelles (BEP) et du Certificat d'Aptitude Professionnelle (CAP)<br><i>(Équivalent au niveau V de l'Éducation Nationale)</i>  |
| <b>60</b> | Formation courte d'une durée maximum d'un an, conduisant au Certificat d'Éducation Professionnelle ou à toute autre attestation de même nature.<br><i>(Équivalent au niveau V bis de l'Éducation Nationale)</i>                   |
| <b>70</b> | Pas de formation allant au-delà de la fin de la scolarité obligatoire <i>(Équivalent au niveau VI de l'Éducation Nationale)</i>   |
| <b>80</b> | Difficultés de communication écrite   |

**MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ****DÉLÉGATION GÉNÉRALE À L'EMPLOI  
ET À LA FORMATION PROFESSIONNELLE****CONTRAT  
EMPLOI-CONSOLIDÉ****FORMATION COMPLÉMENTAIRE****DEMANDE DE PRISE EN CHARGE  
DE LA COTISATION ACCIDENT DE TRAVAIL**

---

**CONVENTION  
ENTRE  
L'ÉTAT ET L'EMPLOYEUR**

---

Cachet de la DDTEFP

La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique à ce formulaire. Elle vous donne droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant. Votre demande doit être adressée au Directeur Départemental du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle.



11619\*01

Délégation régionale  
ou bureau du CNASEA  
(cachet)Organisme de formation  
cachet et visa

2 / 10

**DEMANDE DE PRISE EN CHARGE  
PAR L'ÉTAT  
DE LA COTISATION  
ACCIDENT DE TRAVAIL  
DANS LE CADRE DE LA FORMATION  
COMPLÉMENTAIRE C.E.C.**

à remplir par le stagiaire

Nom et adresse de l'organisme de formation \_\_\_\_\_  
 Intitulé du stage \_\_\_\_\_ n° de déclaration d'existence \_\_\_\_\_  
 Date d'entrée en stage \_\_\_\_\_ Date de fin de stage \_\_\_\_\_

**ÉTAT CIVIL**Je soussigné(e)  M.  Mme  Mlle

\_\_\_\_\_ nom  
 \_\_\_\_\_ prénom  
 nom de jeune fille \_\_\_\_\_  
 né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ département \_\_\_\_\_  
 jour mois année

N.I.R \_\_\_\_\_  
 (ou n° d'immatriculation S.S.)

Nationalité France  Pays de naissance (si né hors de France) \_\_\_\_\_  
 Union Européenne  **Pièce(s) à joindre** ➔ Photocopie de la carte d'immatriculation  
 Hors UE

domicilié(e) \_\_\_\_\_  
 numéro voie, rue, lieudit \_\_\_\_\_  
 code postal commune \_\_\_\_\_

Convention CEC n° : \_\_\_\_\_

**demande la prise en charge par l'État de la cotisation Accident de travail**Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_  
signature du stagiairenom du signataire et signature  
du représentant de l'organisme de formation**ÉTAT DE PRESENCE  
à remplir par l'organisme de formation**

_____ h	_____ h	_____ h	_____ h	_____ h	_____ h	_____ h	_____ h
janvier	février	mars	avril	mai	juin	total semestriel	
_____ h	_____ h	_____ h	_____ h	_____ h	_____ h	_____ h	_____ h
juillet	août	septembre	octobre	novembre	décembre	total semestriel	
remarques éventuelles _____						_____ h	total général

nom du signataire et signature du représentant de l'organisme de formation

- Ce formulaire est remis par l'employeur, ou le cas échéant par le Fonds Local Emploi-Solidarité, à l'organisme réalisant la formation dès lors que la formation a lieu hors du temps de travail.
- Le salarié et l'organisme de formation complètent et signent la partie État Civil au début de la formation.
- L'organisme complète chaque mois le nombre d'heures effectuées et adresse le formulaire à la fin de la formation au CNASEA.

La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique à ce formulaire. Elle vous donne droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant. Votre demande doit être adressée au Directeur Départemental du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle.

Destinataire : 1<sup>er</sup> ex. : CNASEA / 2<sup>e</sup> ex. : DDTEFP / 3<sup>e</sup> ex. : Centre de formation / 4<sup>e</sup> ex. : Salarié**PSE**

Délégation régionale  
ou bureau du CNASEA  
(cachet)



11619\*01

Organisme de formation  
cachet et visa

3/10

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE  
PAR L'ÉTAT  
DE LA COTISATION  
ACCIDENT DE TRAVAIL  
DANS LE CADRE DE LA FORMATION  
COMPLÉMENTAIRE C.E.C.

à remplir par le stagiaire

Nom et adresse de l'organisme de formation \_\_\_\_\_  
Intitulé du stage \_\_\_\_\_ n° de déclaration d'existence \_\_\_\_\_  
Date d'entrée en stage \_\_\_\_\_ Date de fin de stage \_\_\_\_\_

ÉTAT CIVIL

Je soussigné(e)  M.  Mme  Mlle

\_\_\_\_\_ nom  
\_\_\_\_\_ prénom

nom de jeune fille \_\_\_\_\_  
né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ département \_\_\_\_\_  
                  jour mois année

N.I.R. \_\_\_\_\_  
(ou n° d'immatriculation S.S.)

Nationalité France  Pays de naissance (si né hors de France) \_\_\_\_\_  
Union Européenne  Pièce(s) à joindre → Photocopie de la carte d'immatriculation  
Hors UE

domicilié(e) \_\_\_\_\_  
                  numéro voie, rue, lieu dit  
code postal commune

Convention CEC n° : \_\_\_\_\_

**demande la prise en charge par l'État de la cotisation Accident de travail**

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_  
signature du stagiaire

nom du signataire et signature  
du représentant de l'organisme de formation

ÉTAT DE PRESENCE  
à remplir par l'organisme de formation

_____ h	_____ h	_____ h	_____ h	_____ h	_____ h	_____ h	_____ h
janvier	février	mars	avril	mai	juin	total semestriel	
_____ h	_____ h	_____ h	_____ h	_____ h	_____ h	_____ h	_____ h
juillet	août	septembre	octobre	novembre	décembre	total semestriel	
remarques éventuelles _____						_____ h	total général

nom du signataire et signature du représentant de l'organisme de formation

- Ce formulaire est remis par l'employeur, ou le cas échéant par le Fonds Local Emploi-Solidarité, à l'organisme réalisant la formation dès lors que la formation a lieu hors du temps de travail.
- Le salarié et l'organisme de formation complètent et signent la partie État Civil au début de la formation.
- L'organisme complète chaque mois le nombre d'heures effectuées et adresse le formulaire à la fin de la formation au CNASEA.

La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique à ce formulaire. Elle vous donne droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant. Votre demande doit être adressée au Directeur Départemental du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle.

Destinataire : 1<sup>er</sup> ex. : CNASEA / 2<sup>e</sup> ex. : DDTEFP / 3<sup>e</sup> ex. : Centre de formation / 4<sup>e</sup> ex. : Salarié

PSE



11619\*01

Délégation régionale  
ou bureau du CNASEA  
(cachet)Organisme de formation  
cachet et visa

4 / 10

**DEMANDE DE PRISE EN CHARGE  
PAR L'ÉTAT  
DE LA COTISATION  
ACCIDENT DE TRAVAIL  
DANS LE CADRE DE LA FORMATION  
COMPLÉMENTAIRE C.E.C.**

à remplir par le stagiaire

Nom et adresse de l'organisme de formation \_\_\_\_\_  
 Intitulé du stage \_\_\_\_\_ n° de déclaration d'existence \_\_\_\_\_  
 Date d'entrée en stage \_\_\_\_\_ Date de fin de stage \_\_\_\_\_

**ÉTAT CIVIL**Je soussigné(e)  M.  Mme  Mlle

\_\_\_\_\_ nom  
 \_\_\_\_\_ prénom  
 nom de jeune fille \_\_\_\_\_  
 né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ département \_\_\_\_\_  
 jour mois année

N.I.R. \_\_\_\_\_  
 (ou n° d'immatriculation S.S.)

Nationalité France  Pays de naissance (si né hors de France) \_\_\_\_\_  
 Union Européenne  **Pièce(s) à joindre** ➔ Photocopie de la carte d'immatriculation  
 Hors UE

domicilié(e) \_\_\_\_\_  
 numéro voie, rue, lieu dit \_\_\_\_\_  
 code postal commune \_\_\_\_\_

Convention CEC n° : \_\_\_\_\_

**demande la prise en charge par l'État de la cotisation Accident de travail**Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_  
signature du stagiairenom du signataire et signature  
du représentant de l'organisme de formation**ÉTAT DE PRESENCE  
à remplir par l'organisme de formation**

_____ h	_____ h	_____ h	_____ h	_____ h	_____ h	_____ h	_____ h
janvier	février	mars	avril	mai	juin	total semestriel	
_____ h	_____ h	_____ h	_____ h	_____ h	_____ h	_____ h	_____ h
juillet	août	septembre	octobre	novembre	décembre	total semestriel	
remarques éventuelles _____						_____ h	total général

nom du signataire et signature du représentant de l'organisme de formation

- Ce formulaire est remis par l'employeur, ou le cas échéant par le Fonds Local Emploi-Solidarité, à l'organisme réalisant la formation dès lors que la formation a lieu hors du temps de travail.
- Le salarié et l'organisme de formation complètent et signent la partie État Civil au début de la formation.
- L'organisme complète chaque mois le nombre d'heures effectuées et adresse le formulaire à la fin de la formation au CNASEA.

La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique à ce formulaire. Elle vous donne droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant. Votre demande doit être adressée au Directeur Départemental du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle.

Destinataire : 1<sup>er</sup> ex. : CNASEA / 2<sup>e</sup> ex. : DDTEFP / 3<sup>e</sup> ex. : Centre de formation / 4<sup>e</sup> ex. : Salarié**PSE**

Délégation régionale  
ou bureau du CNASEA  
(cachet)



11619\*01

Organisme de formation  
cachet et visa

5/10

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE  
PAR L'ÉTAT  
DE LA COTISATION  
ACCIDENT DE TRAVAIL  
DANS LE CADRE DE LA FORMATION  
COMPLÉMENTAIRE C.E.C.

à remplir par le stagiaire

Nom et adresse de l'organisme de formation \_\_\_\_\_  
Intitulé du stage \_\_\_\_\_ n° de déclaration d'existence \_\_\_\_\_  
Date d'entrée en stage \_\_\_\_\_ Date de fin de stage \_\_\_\_\_

ÉTAT CIVIL

Je soussigné(e)  M.  Mme  Mlle

\_\_\_\_\_ nom  
\_\_\_\_\_ prénom

nom de jeune fille

né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ département \_\_\_\_\_  
jour mois année

N.I.R. \_\_\_\_\_  
(ou n° d'immatriculation S.S.)

Nationalité France  Pays de naissance (si né hors de France) \_\_\_\_\_  
Union Européenne  Pièce(s) à joindre ➔ Photocopie de la carte d'immatriculation  
Hors UE

domicilié(e) \_\_\_\_\_  
numéro voie, rue, lieu dit  
code postal commune

Convention CEC n° : \_\_\_\_\_

**demande la prise en charge par l'État de la cotisation Accident de travail**

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_  
signature du stagiaire

nom du signataire et signature  
du représentant de l'organisme de formation

ÉTAT DE PRESENCE  
à remplir par l'organisme de formation

_____ h	_____ h	_____ h	_____ h	_____ h	_____ h	_____ h	_____ h
janvier	février	mars	avril	mai	juin	total semestriel	
_____ h	_____ h	_____ h	_____ h	_____ h	_____ h	_____ h	_____ h
juillet	août	septembre	octobre	novembre	décembre	total semestriel	
remarques éventuelles _____							_____ h
							total général

nom du signataire et signature du représentant de l'organisme de formation

- Ce formulaire est remis par l'employeur, ou le cas échéant par le Fonds Local Emploi-Solidarité, à l'organisme réalisant la formation dès lors que la formation a lieu hors du temps de travail.
- Le salarié et l'organisme de formation complètent et signent la partie État Civil au début de la formation.
- L'organisme complète chaque mois le nombre d'heures effectuées et adresse le formulaire à la fin de la formation au CNASEA.

La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique à ce formulaire. Elle vous donne droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant. Votre demande doit être adressée au Directeur Départemental du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle.

Destinataire : 1<sup>er</sup> ex. : CNASEA / 2<sup>e</sup> ex. : DDTEFP / 3<sup>e</sup> ex. : Centre de formation / 4<sup>e</sup> ex. : Salarié

PSE



11619\*01

Cadre réservé à la DDTEFP

Rappel n° de convention

dept	an	n° d'ordre	avenant
------	----	------------	---------

N° de formation complémentaire

Date de dépôt

# CONTRAT EMPLOI - CONSOLIDÉ FORMATION COMPLÉMENTAIRE

CONVENTION ENTRE L'ÉTAT, représenté par le  
Préfet de département, ou, par délégation, le Direc-  
teur Départemental du Travail, de l'Emploi et de la  
Formation Professionnelle et l'EMPLOYEUR

## L'EMPLOYEUR

Dénomination : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_  
 Commune : \_\_\_\_\_



Fournir un RIB ou un RIP de l'employeur

n° SIRET : \_\_\_\_\_

Paiement par virement : bancaire  CCP

## LE SALARIÉ

M  Mme  Mlle  Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 Pour les femmes mariées, nom de jeune fille : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_  
 Commune : \_\_\_\_\_



Niveau de formation : (voir notice) \_\_\_\_\_

## LE FONDS LOCAL EMPLOI-SOLIDARITÉ

Dénomination : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_  
 Commune : \_\_\_\_\_



Fournir un RIB ou un RIP du Fonds Local Emploi-Solidarité

n° SIRET : \_\_\_\_\_

Paiement par virement : bancaire  CCP

## LA FORMATION COMPLÉMENTAIRE

Intitulé : \_\_\_\_\_  
 Nature de l'action : remobilisation = 1 préqualification = 2 qualification = 3  
 Date de début : \_\_\_\_\_ Date de fin : \_\_\_\_\_  
 Nom de l'organisme : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_  
 Commune : \_\_\_\_\_



Code : \_\_\_\_\_  
 Durée : \_\_\_\_\_ heures  
 Formation : interne = 1 externe = 2  
 n° SIRET : \_\_\_\_\_  
 Type d'organisme : public = 1 privé = 2 \_\_\_\_\_

## LA PRISE EN CHARGE

La participation financière de l'État prévue à l'article L. 322-4-8-1 du Code du Travail est calculée sur la base du taux horaire fixé par arrêté.

Le montant de la participation financière au titre de la présente convention s'élève à :

\_\_\_\_\_ heures x \_\_\_\_\_ francs soit, \_\_\_\_\_ francs.

ou \_\_\_\_\_ heures x \_\_\_\_\_ euros soit, \_\_\_\_\_ euros.

Cette participation financière de l'État est versée : à l'employeur  au Fonds Local Emploi-Solidarité

**CADRE RÉSERVÉ  
À  
L'ADMINISTRATION**

Un acompte de 40 % de l'aide de l'État à la formation est versé par le CNASEA à la réception de la convention. Le solde est versé à l'issue de la formation, au vu du compte rendu d'exécution qui lui est adressé signé par le salarié et l'employeur ou, le cas échéant, le Fonds Local Emploi-Solidarité.

Cette formation est cofinancée par le Fonds Social Européen dans le cadre de l'objectif 3. Les engagements de l'employeur et de l'organisme sont précisés au verso.

Le contrôle de l'application de cette convention est effectué par la Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle. En cas de non exécution de la présente convention, les sommes déjà versées font l'objet d'un ordre de reversement.

Fait le : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

**L'employeur ou son représentant**  
(Signature et cachet)

**Pour le Fonds Local Emploi-Solidarité**  
(Signature et cachet)

**Le salarié**  
(Signature)

**Pour l'État**  
(Signature et cachet)



11619\*01

Cadre réservé à la DDTEFP

Rappel n° de convention

dept	an	n° d'ordre	avenant
------	----	------------	---------

N° de formation complémentaire

Date de dépôt

# CONTRAT EMPLOI - CONSOLIDÉ FORMATION COMPLÉMENTAIRE

CONVENTION ENTRE L'ÉTAT, représenté par le  
Préfet de département, ou, par délégation, le Direc-  
teur Départemental du Travail, de l'Emploi et de la  
Formation Professionnelle et l'EMPLOYEUR

## L'EMPLOYEUR

Dénomination : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_  
 Commune : \_\_\_\_\_



Fournir un RIB ou un RIP de l'employeur

n° SIRET : \_\_\_\_\_

Paiement par virement : bancaire  CCP

## LE SALARIÉ

M  Mme  Mlle  Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 Pour les femmes mariées, nom de jeune fille : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_  
 Commune : \_\_\_\_\_



Niveau de formation : (voir notice) \_\_\_\_\_

## LE FONDS LOCAL EMPLOI-SOLIDARITÉ

Dénomination : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_  
 Commune : \_\_\_\_\_



Fournir un RIB ou un RIP du Fonds Local Emploi-Solidarité

n° SIRET : \_\_\_\_\_

Paiement par virement : bancaire  CCP

## LA FORMATION COMPLÉMENTAIRE

Intitulé : \_\_\_\_\_  
 Nature de l'action : remobilisation = 1 préqualification = 2 qualification = 3  
 Date de début : \_\_\_\_\_ Date de fin : \_\_\_\_\_  
 Nom de l'organisme : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_  
 Commune : \_\_\_\_\_



Code : \_\_\_\_\_

Durée : \_\_\_\_\_ heures

Formation : interne = 1 externe = 2

n° SIRET : \_\_\_\_\_

Type d'organisme : public = 1 privé = 2 \_\_\_\_\_

## LA PRISE EN CHARGE

La participation financière de l'État prévue à l'article L. 322-4-8-1 du Code du Travail est calculée sur la base du taux horaire fixé par arrêté.

Le montant de la participation financière au titre de la présente convention s'élève à :

\_\_\_\_\_ heures x \_\_\_\_\_ francs soit, \_\_\_\_\_ francs.

ou \_\_\_\_\_ heures x \_\_\_\_\_ euros soit, \_\_\_\_\_ euros.

Cette participation financière de l'État est versée : à l'employeur  au Fonds Local Emploi-Solidarité

**CADRE RÉSERVÉ  
À  
L'ADMINISTRATION**

Un acompte de 40 % de l'aide de l'État à la formation est versé par le CNASEA à la réception de la convention. Le solde est versé à l'issue de la formation, au vu du compte rendu d'exécution qui lui est adressé signé par le salarié et l'employeur ou, le cas échéant, le Fonds Local Emploi-Solidarité.

Cette formation est cofinancée par le Fonds Social Européen dans le cadre de l'objectif 3. Les engagements de l'employeur et de l'organisme sont précisés au verso.

Le contrôle de l'application de cette convention est effectué par la Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle. En cas de non exécution de la présente convention, les sommes déjà versées font l'objet d'un ordre de reversement.

Fait le : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

**L'employeur ou son représentant**  
(Signature et cachet)

**Pour le Fonds Local Emploi-Solidarité**  
(Signature et cachet)

**Le salarié**  
(Signature)

**Pour l'État**  
(Signature et cachet)





11619\*01

Cadre réservé à la DDTEFP

Rappel n° de convention

dept	an	n° d'ordre	avenant
------	----	------------	---------

N° de formation complémentaire

Date de dépôt

## CONTRAT EMPLOI - CONSOLIDÉ FORMATION COMPLÉMENTAIRE CONVENTION ENTRE L'ÉTAT, représenté par le Préfet de département, ou, par délégation, le Direc- teur Départemental du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle et l'EMPLOYEUR

### L'EMPLOYEUR

Dénomination : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_  
 Commune : \_\_\_\_\_

Fournir un RIB ou un RIP de l'employeur

n° SIRET : \_\_\_\_\_

Paiement par virement : bancaire  CCP

### LE SALARIÉ

M  Mme  Mlle  Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 Pour les femmes mariées, nom de jeune fille : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_  
 Commune : \_\_\_\_\_

Niveau de formation : (voir notice) \_\_\_\_\_

### LE FONDS LOCAL EMPLOI-SOLIDARITÉ

Dénomination : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_  
 Commune : \_\_\_\_\_

Fournir un RIB ou un RIP du Fonds Local Emploi-Solidarité

n° SIRET : \_\_\_\_\_

Paiement par virement : bancaire  CCP

### LA FORMATION COMPLÉMENTAIRE

Intitulé : \_\_\_\_\_  
 Nature de l'action : remobilisation = 1 préqualification = 2 qualification = 3  
 Date de début : \_\_\_\_\_ Date de fin : \_\_\_\_\_  
 Nom de l'organisme : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_  
 Commune : \_\_\_\_\_

Code : \_\_\_\_\_  
 Durée : \_\_\_\_\_ heures  
 Formation : interne = 1 externe = 2  
 n° SIRET : \_\_\_\_\_  
 Type d'organisme : public = 1 privé = 2 \_\_\_\_\_

### LA PRISE EN CHARGE

La participation financière de l'État prévue à l'article L. 322-4-8-1 du Code du Travail est calculée sur la base du taux horaire fixé par arrêté.

Le montant de la participation financière au titre de la présente convention s'élève à :  
 \_\_\_\_\_ heures x \_\_\_\_\_ francs soit, \_\_\_\_\_ francs.

ou \_\_\_\_\_ heures x \_\_\_\_\_ euros soit, \_\_\_\_\_ euros.

Cette participation financière de l'État est versée : à l'employeur  au Fonds Local Emploi-Solidarité

**CADRE RÉSERVÉ  
À  
L'ADMINISTRATION**

Un acompte de 40 % de l'aide de l'État à la formation est versé par le CNASEA à la réception de la convention. Le solde est versé à l'issue de la formation, au vu du compte rendu d'exécution qui lui est adressé signé par le salarié et l'employeur ou, le cas échéant, le Fonds Local Emploi-Solidarité.

Cette formation est cofinancée par le Fonds Social Européen dans le cadre de l'objectif 3. Les engagements de l'employeur et de l'organisme sont précisés au verso.

Le contrôle de l'application de cette convention est effectué par la Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle. En cas de non exécution de la présente convention, les sommes déjà versées font l'objet d'un ordre de reversement.

Fait le : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

**L'employeur ou son représentant**  
(Signature et cachet)

**Pour le Fonds Local Emploi-Solidarité**  
(Signature et cachet)

**Le salarié**  
(Signature)

**Pour l'État**  
(Signature et cachet)



11619\*01

Cadre réservé à la DDTEFP

Rappel n° de convention

dept	an	n° d'ordre	avenant
------	----	------------	---------

N° de formation complémentaire

Date de dépôt

# CONTRAT EMPLOI - CONSOLIDÉ FORMATION COMPLÉMENTAIRE

CONVENTION ENTRE L'ÉTAT, représenté par le  
Préfet de département, ou, par délégation, le Direc-  
teur Départemental du Travail, de l'Emploi et de la  
Formation Professionnelle et l'EMPLOYEUR

## L'EMPLOYEUR

Dénomination : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_  
Commune : \_\_\_\_\_



Fournir un RIB ou un RIP de l'employeur

n° SIRET : \_\_\_\_\_

Paiement par virement : bancaire  CCP 

## LE SALARIÉ

M  Mme  Mlle  Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Pour les femmes mariées, nom de jeune fille : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_  
Commune : \_\_\_\_\_



Niveau de formation : (voir notice) \_\_\_\_\_

## LE FONDS LOCAL EMPLOI-SOLIDARITÉ

Dénomination : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_  
Commune : \_\_\_\_\_



Fournir un RIB ou un RIP du Fonds Local Emploi-Solidarité

n° SIRET : \_\_\_\_\_

Paiement par virement : bancaire  CCP 

## LA FORMATION COMPLÉMENTAIRE

Intitulé : \_\_\_\_\_  
Nature de l'action : remobilisation = 1 préqualification = 2 qualification = 3  
Date de début : \_\_\_\_\_ Date de fin : \_\_\_\_\_  
Nom de l'organisme : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_  
Commune : \_\_\_\_\_



Code : \_\_\_\_\_

Durée : \_\_\_\_\_ heures

Formation : interne = 1 externe = 2

n° SIRET : \_\_\_\_\_

Type d'organisme : public = 1 privé = 2 \_\_\_\_\_

## LA PRISE EN CHARGE

La participation financière de l'État prévue à l'article L. 322-4-8-1 du Code du Travail est calculée sur la base du taux horaire fixé par arrêté.

Le montant de la participation financière au titre de la présente convention s'élève à :

\_\_\_\_\_ heures x \_\_\_\_\_ francs soit, \_\_\_\_\_ francs.

ou \_\_\_\_\_ heures x \_\_\_\_\_ euros soit, \_\_\_\_\_ euros.

Cette participation financière de l'État est versée : à l'employeur  au Fonds Local Emploi-Solidarité

**CADRE RÉSERVÉ  
À  
L'ADMINISTRATION**

Un acompte de 40 % de l'aide de l'État à la formation est versé par le CNASEA à la réception de la convention. Le solde est versé à l'issue de la formation, au vu du compte rendu d'exécution qui lui est adressé signé par le salarié et l'employeur ou, le cas échéant, le Fonds Local Emploi-Solidarité.

Cette formation est cofinancée par le Fonds Social Européen dans le cadre de l'objectif 3. Les engagements de l'employeur et de l'organisme sont précisés au verso.

Le contrôle de l'application de cette convention est effectué par la Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle. En cas de non exécution de la présente convention, les sommes déjà versées font l'objet d'un ordre de reversement.

Fait le : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

**L'employeur ou son représentant**  
(Signature et cachet)

**Pour le Fonds Local Emploi-Solidarité**  
(Signature et cachet)

**Le salarié**  
(Signature)

**Pour l'État**  
(Signature et cachet)



11619\*01

Cadre réservé à la DDTEFP

Rappel n° de convention

dept	an	n° d'ordre	avenant
------	----	------------	---------

N° de formation complémentaire

Date de dépôt

# CONTRAT EMPLOI - CONSOLIDÉ FORMATION COMPLÉMENTAIRE

CONVENTION ENTRE L'ÉTAT, représenté par le  
Préfet de département, ou, par délégation, le Direc-  
teur Départemental du Travail, de l'Emploi et de la  
Formation Professionnelle et l'EMPLOYEUR

## L'EMPLOYEUR

Dénomination : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_  
 Commune : \_\_\_\_\_

*Fournir un RIB ou un RIP de l'employeur*

n° SIRET : \_\_\_\_\_  
 Paiement par virement : bancaire  CCP

## LE SALARIÉ

M  Mme  Mlle  Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 Pour les femmes mariées, nom de jeune fille : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_  
 Commune : \_\_\_\_\_

Niveau de formation : (voir notice) \_\_\_\_\_

## LE FONDS LOCAL EMPLOI-SOLIDARITÉ

Dénomination : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_  
 Commune : \_\_\_\_\_

*Fournir un RIB ou un RIP du Fonds Local Emploi-Solidarité*

n° SIRET : \_\_\_\_\_  
 Paiement par virement : bancaire  CCP

## LA FORMATION COMPLÉMENTAIRE

Intitulé : \_\_\_\_\_  
 Nature de l'action : remobilisation = 1 préqualification = 2 qualification = 3  
 Date de début : \_\_\_\_\_ Date de fin : \_\_\_\_\_  
 Nom de l'organisme : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_  
 Commune : \_\_\_\_\_

Code : \_\_\_\_\_  
 Durée : \_\_\_\_\_ heures  
 Formation : interne = 1 externe = 2  
 n° SIRET : \_\_\_\_\_  
 Type d'organisme : public = 1 privé = 2 \_\_\_\_\_

## LA PRISE EN CHARGE

La participation financière de l'État prévue à l'article L. 322-4-8-1 du Code du Travail est calculée sur la base du taux horaire fixé par arrêté.

Le montant de la participation financière au titre de la présente convention s'élève à :  
 \_\_\_\_\_ heures x \_\_\_\_\_ francs soit, \_\_\_\_\_ francs.

ou \_\_\_\_\_ heures x \_\_\_\_\_ euros soit, \_\_\_\_\_ euros.

Cette participation financière de l'État est versée : à l'employeur  au Fonds Local Emploi-Solidarité

**CADRE RÉSERVÉ  
À  
L'ADMINISTRATION**

Un acompte de 40 % de l'aide de l'État à la formation est versé par le CNASEA à la réception de la convention. Le solde est versé à l'issue de la formation, au vu du compte rendu d'exécution qui lui est adressé signé par le salarié et l'employeur ou, le cas échéant, le Fonds Local Emploi-Solidarité.

Cette formation est cofinancée par le Fonds Social Européen dans le cadre de l'objectif 3. Les engagements de l'employeur et de l'organisme sont précisés au verso.

Le contrôle de l'application de cette convention est effectué par la Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle. En cas de non exécution de la présente convention, les sommes déjà versées font l'objet d'un ordre de reversement.

Fait le : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

**L'employeur ou son représentant**  
(Signature et cachet)

**Pour le Fonds Local Emploi-Solidarité**  
(Signature et cachet)

**Le salarié**  
(Signature)

**Pour l'État**  
(Signature et cachet)