

## Formulaire de prise en charge au titre de la formation continue 2019-2020

L'original de ce document doit être envoyé signé et tamponné par l'entreprise à l'adresse suivante :  
Centre Cnam Paris - Fabrique des Compétences, Case 4CEP01, 292 rue Saint-Martin, Paris 3<sup>e</sup>

<b>Tarif entreprise :</b>	Unités d'enseignement à la carte	Certification Code :
---------------------------	----------------------------------	-------------------------

### L'inscription est demandée dans le cadre d'un plan de formation par (*obligatoire*) :

Nom ou raison sociale de l'employeur.euse :

Contact au sein de l'entreprise :

Adresse :

Code postal :

Commune :

E-mail :

Téléphone :

N° SIRET :

Code APE :

### L'inscription est demandée dans le cadre d'un plan de formation pour (*obligatoire*) :

M

Mme

N° auditeur.rice (si inscrit.e) :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Commune :

E-mail :

Téléphone :

N° sécurité sociale :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

**La partie suivante est à remplir uniquement si l'employeur.euse a demandé la prise en charge de l'inscription par un OPCA.**

Si l'employeur.euse a demandé la prise en charge directe du coût de la formation à un organisme paritaire, il.elle indique ci-dessous les coordonnées de cet organisme sans omettre de joindre au dossier la confirmation de prise en charge qui lui a été adressée par cet organisme. La facture sera adressée directement par le Cnam à cet organisme.

Nom de l'organisme :

Adresse :

Code postal :

Commune :

E-mail :

Téléphone :

N° SIRET :

Code APE :

**Attention :** Dans l'hypothèse où l'OPCA résilierait, pour quelque motif que ce soit, la prise en charge accordée, l'intégralité des sommes dues au Cnam devrait être payée par l'employeur.euse de l'auditeur.rice, qui a présenté la demande de prise en charge. Aucune modification de prise en charge ne sera acceptée après l'inscription. Si l'OPCA est co-financeur, il faudra vérifier au préalable les conditions et délais du montage du dossier de prise en charge OPCA en plus de ce document de prise en charge.

Participation de l'OPCA :	€
Participation de l'employeur.euse :	€

**Devis annuel uniquement.**

Semestre	Code UE	Intitulé UE	Crédits (ECTS)	Modalité			Tarifs
				Jour	Soir	A distance	
<b>Montant total :</b>							

Si vous envisagez un financement sur toutes les UE d'un diplôme, veuillez prendre contact avec le service information orientation afin d'élaborer un plan de formation individualisé :  
par\_jemontemonprojet@lecnam.net

L'employeur.euse, la.le signataire de la convention.  
«Bon pour accord».  
Date, cachet, signature.  
A..... le.....

Cachet
--------

<b>Cadre réservé au service information orientation :</b>
Date de réception : .....
Dossier suivi par : .....
Date de contact : .....
Date de transmission à la scolarité : .....
Observations : .....
.....
.....
.....