

# Inscription et prise en charge

Titre RNCP

## Facilitateur de projets et parcours de vie (FPPV)

Code Cnam : CRN1000A | Code RNCP : 40639

Année : 20  - 20

Une fois complété, envoyez le dossier d'inscription et de prise en charge à votre conseillère en formation par voie électronique à l'adresse : [helene.dabjat@lecnam.net](mailto:helene.dabjat@lecnam.net).

### Informations :

- > Ce document sert à établir une convention de formation adressée à l'employeur en double exemplaire pour signature.
- > En cas d'absence de l'élève aux enseignements, ou de carence ultérieure de l'organisme de mutualisation, l'employeur s'engage à régler le solde du coût de la formation.
- > L'inscription de l'élève n'est effective qu'à réception de ce document dûment renseigné et signé accompagné de sa **pièce d'identité en cours de validité**.

*Des pièces justificatives peuvent être demandées pour finaliser l'inscription.*

## Identité de l'entreprise

|                       |                      |            |                      |
|-----------------------|----------------------|------------|----------------------|
| Nom de l'entreprise : | <input type="text"/> |            |                      |
| Raison sociale :      | <input type="text"/> |            |                      |
| SIRET :               | <input type="text"/> | Code NAF : | <input type="text"/> |
| Adresse postale :     | <input type="text"/> |            |                      |
| Code postal :         | <input type="text"/> | Ville :    | <input type="text"/> |

## Personne à contacter au sein de l'entreprise :

Madame  Monsieur

|             |                      |          |                      |
|-------------|----------------------|----------|----------------------|
| Nom :       | <input type="text"/> | Prénom : | <input type="text"/> |
| Fonction :  | <input type="text"/> |          |                      |
| Téléphone : | <input type="text"/> | Mail :   | <input type="text"/> |

## Identité du salarié

Madame  Monsieur

|                    |                      |               |                      |            |                      |   |                      |
|--------------------|----------------------|---------------|----------------------|------------|----------------------|---|----------------------|
| Nom d'usage :      | <input type="text"/> | Prénom :      | <input type="text"/> |            |                      |   |                      |
| Nom de naissance : | <input type="text"/> | Nationalité : | <input type="text"/> |            |                      |   |                      |
| Né(e) le :         | <input type="text"/> | A :           | <input type="text"/> | N° dept. : | <input type="text"/> | Pays :  | <input type="text"/> |
| Poste occupé :     | <input type="text"/> |               |                      |            | RQTH :               | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |                      |

## Coordonnées :

|                   |                      |         |                      |
|-------------------|----------------------|---------|----------------------|
| Adresse postale : | <input type="text"/> |         |                      |
| Code postal :     | <input type="text"/> | Ville : | <input type="text"/> |
| Téléphone :       | <input type="text"/> | Mail :  | <input type="text"/> |

## Niveau et expérience dans le domaine :

|                                    |                                       |                                    |                                    |                                    |                                     |   |
|------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---|
| Dernier plus haut diplôme obtenu : | <input type="text"/>                  |                                    |                                    |                                    |                                     |   |
| Expérience :                       | <input type="checkbox"/> Moins d'1 an | <input type="checkbox"/> 1 à 2 ans | <input type="checkbox"/> 2 à 3 ans | <input type="checkbox"/> 3 à 5 ans | <input type="checkbox"/> 5 à 10 ans | <input type="checkbox"/> Plus de 10 ans |

## Dispositif de prise en charge

Coût de la formation : 4078 € TTC

Cocher le dispositif de prise en charge

Période de professionnalisation

Plan de formation de l'entreprise (I, II ou III)

Autre, précisez :

L'employeur a-t-il demandé l'intervention d'un organisme de mutualisation pour la prise en charge de la formation ?  Oui  Non

La facture doit-elle être adressée à cet organisme ?  Oui  Non

Nom de l'organisme de mutualisation

SIRET

Adresse postale

Code postal

Ville

Pays

## Contact au sein de l'organisme

Civilité :

Madame  Monsieur

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Mail :

**Important :** Dans le cadre d'une prise en charge partielle ou totale de la formation par l'organisme de mutualisation (OPCO), l'entreprise devra joindre à ce document l'accord de prise en charge de l'OPCO.

## Données personnelles

Le Cnam Nouvelle-Aquitaine s'engage à traiter les données à caractère personnel dans le respect de la [loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés](#) et du « [Règlement général sur la protection des données](#) » (RGPD). Pour prendre connaissance de notre politique d'utilisation et de protection des données, consultez les [Conditions Générales de Vente](#).

Fait à :

Le :

Signature du salarié :

Cachet et signature de l'entreprise :



Réinitialiser le document

Conservatoire national

des arts et métiers