



A ramener le jour de l'Information Collective  
Avec les documents demandés.  
Merci

Centre de Châtellerault – Futuroscope - Vigeant

### FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

Madame   
Monsieur

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille (pour les femmes mariées) : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Lieu de naissance (Ville et Département ou Pays) : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_

N° de Sécurité Sociale : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | - | | |

Adresse du Centre de Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

Statut emploi :  Contrat de Professionnalisation  Travailleur Indépendant

CDD ou Intérim  CDI  Contrat aidé

Demandeur d'emploi depuis le .....

N° Demandeur d'emploi : .....

Autre (précisez) : .....

Personne(s) à contacter en cas d'urgence (Nom + numéro) :

---

NOTA : En cas d'hébergement sur le centre, bien vouloir fournir un justificatif de votre assurance responsabilité civile



## LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR LE JOUR DE L'INFORMATION COLLECTIVE POUR LE DOSSIER DE REMUNERATION

### **DOCUMENTS A FOURNIR IMPERATIVEMENT :**

- Copie recto-verso de la **carte d'identité en cours de validité** (ou attestation de demande de la mairie)  
Ou copie du **passeport français ou U.E en cours de validité**  
Ou **Titre de séjour en cours de validité**
- **Attestation du régime de protection sociale en cours de validité au nom du stagiaire**  
(*Sécurité Sociale, CMU, MSA...*)
- **Relevé d'Identité Bancaire (compte courant) original portant bien votre nom et prénom**
- **Dernière décision de Pôle Emploi (datant de moins de 3 mois)**  
Ou un **Avis de situation actualisé** Ou *en cas de doute, merci de vous munir de votre N° identifiant et du code confidentiel*

### **DOCUMENTS A FOURNIR UNIQUEMENT SI VOUS ETES CONCERNE(E)S PAR LES SITUATIONS SUIVANTES :**

- Si vous justifiez de 910 heures de travail effectuées sur 12 mois consécutifs ou 1820 heures de travail effectuées sur 24 mois consécutifs (*quelle que soit l'année*) :
  - **Bulletins de paie ou attestation employeur Pole Emploi**  
(Si les bulletins de paie fournis concernent un apprentissage : fournir le contrat d'apprentissage, ou si vous êtes reconnu(e) travailleur handicapé : fournir les bulletins de paie de la dernière période d'activité jusqu'à la période sur laquelle vous justifiez des 910 ou 1820 heures)
- Si vous avez exercé une activité professionnelle non salariée (sauf auto entrepreneur) durant 12 mois dont 6 consécutifs dans les 3 années précédant l'entrée en stage :
  - **Un extrait Kbis de fin d'activité**
- Si vous êtes mère d'au moins 3 enfants ou une femme veuve, divorcée, séparée judiciairement depuis moins de 3 ans :
  - **Livret de famille**
- Si vous êtes seul(e) à assumer la charge d'un ou plusieurs enfant(s) :
  - **Attestation de parent isolé ou attestation CAF**
- Si vous êtes reconnu(e) travailleur handicapé :
  - **Décision RQTH en cours de validité**
  - **Avis de Changement de Situation** délivré par Pôle Emploi (*situé en dessous de votre carte de demandeur d'emploi*)
- Si vous percevez l'ASS :
  - **Avis de Changement de Situation**

ORGANISME GESTIONNAIRE

DEMANDE D'ADMISSION  
AU BÉNÉFICE DES RÉMUNÉRATIONS  
DES STAGIAIRES DE LA FORMATION  
PROFESSIONNELLE

(Code du travail - 6<sup>e</sup> partie) *cerfa* N°11971\*05

CENTRE DE FORMATION ou  
PORTEUR DE PROJET visé par l'arrêté  
mentionné par l'article 270 de la LFI 2021

APFA

GRAND RUE CHATEAUNEUF  
CS 90672  
86106 CHATELLERAULT CEDEX  
TEL 05 49 02 54 14 FAX 05 49 93 64 70

À REMPLIR PAR LE STAGIAIRE (Situation à l'entrée en stage)

ETAT CIVIL

M  Mme

Votre nom de naissance

Votre nom d'épouse ou d'époux (éventuellement)

Votre prénom

Votre date de naissance à

Votre nationalité  Française  Union européenne  Autre (à préciser)

Votre domicile  
habituel  
avant le  
stage

numéro	rue ou lieu-dit
code postal	commune

Votre adresse électronique

S'il y a eu changement de résidence pour la durée du stage, indiquer la nouvelle adresse :

Votre  
nouvelle  
adresse

numéro	rue ou lieu-dit
code postal	commune

Votre lieu de résidence pendant le stage est à Km du centre de formation.

VOTRE SITUATION FAMILIALE

\* Vous êtes :

célibataire  marié(e)  en union libre  pacsé(e)  veuf(ve)  séparé(e)  divorcé(e)

\* Vous avez : enfant(s) dont

pour lequel (lesquels) vous assurez actuellement la charge effective et permanente.

RÉGIME DE PROTECTION SOCIALE

Votre numéro de sécurité sociale

Vous êtes affilié(e) :

au régime général à la caisse de :

département :

au régime d'assurance maladie des exploitants agricoles en tant que :

exploitant

conjoint

au régime des salariés agricoles en tant que :  salarié d'exploitation

associé d'exploitation

aide familial

à un autre régime (précisez lequel) :

salarié d'organisme agricole

Vous n'êtes pas affilié(e) à titre personnel (par exemple : ayant-droit)

MODE DE PAIEMENT SOUHAITÉ

virement bancaire

autre, à préciser

## À REMPLIR PAR LE STAGIAIRE

### 1 Votre situation à l'entrée du stage

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE NIVEAU DE FORMATION (cochez les cases qui correspondent à votre situation) :

Votre dernière classe suivie :

- Primaire, 6<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup>, CPA, CPPN ou CLIPA
- 3<sup>e</sup> ou première année de CAP ou BEP
- 2<sup>d</sup>e, 1<sup>re</sup> de l'enseignement général ou 2<sup>e</sup> année de CAP ou BEP
- Terminale
- 1<sup>re</sup> ou 2<sup>e</sup> année de DEUG, DUT, BTS, école des formations sanitaires et sociales.
- Classes de 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> cycle de l'enseignement supérieur

Votre diplôme le plus élevé obtenu :

- Aucun diplôme
- Certificat d'étude primaire (CEP)
- Brevet des collèges (BEPC)
- CAP ou BEP
- Baccalauréat général, technologique ou professionnel
- DEUG, DUT, BTS, ou autre diplôme de niveau Bac +2
- Diplôme de niveau Bac +3 ou plus

VOUS ÊTES BÉNÉFICIAIRE DU RSA  oui  non si oui, à quel titre :  à titre d'allocataire  à titre d'ayant-droit

VOUS AVEZ UN EMPLOI SALARIÉ  non  oui, à temps plein  oui, à temps partiel Nombre d'heures hebdomadaires :

#### VOUS ÊTES SANS EMPLOI

• Inscrit à Pôle emploi  oui depuis le :  non

Si oui, depuis combien de temps en continu :

- moins de 6 mois
- 6 à 11 mois
- 12 à 23 mois
- 24 mois et plus

Situation auprès de Pôle emploi

- Vous avez un dossier de demande d'indemnisation en cours auprès de Pôle emploi  oui  non
- **[ OU ]** Vous n'êtes plus indemnisé(e) par Pôle emploi depuis la date du  Vous avez fait l'objet d'une notification de rejet d'indemnisation par Pôle emploi à la date du  :
- Vous êtes indemnisé(e) par Pôle emploi au titre de :  l'allocation d'aide au retour à l'emploi  
 l'allocation de fin de formation  
 l'allocation de solidarité spécifique
- Vous n'avez jamais travaillé  dans ce cas, reportez-vous directement p.3

### 2 Activités antérieures

- Vous avez exercé une activité salariée pendant une durée inférieure à 6 mois
- Vous avez exercé une activité salariée pendant 6 mois au cours d'une période de 12 mois ou pendant 12 mois au cours d'une période de 24 mois
- Vous effectuez un stage d'une durée supérieure à un an et vous avez exercé une activité professionnelle durant trois ans ou plus
- Vous êtes un ancien agent du secteur public et vous avez exercé une activité salariée pendant 6 mois au cours d'une période de 12 mois ou pendant 12 mois au cours d'une période de 24 mois

#### A COMPLÉTER UNIQUEMENT :

SI VOUS ÊTES TRAVAILLEUR HANDICAPÉ OU SI VOUS AVEZ MOINS DE 26 ANS

#### VOTRE PARCOURS PROFESSIONNEL EN FRANCE ET/OU À L'ÉTRANGER

- Indiquer ci-dessous en partant de la plus récente, vos activités professionnelles salariées, non salariées, de formation ou de chômage précédent l'entrée en stage :

PÉRIODE	VOTRE ACTIVITÉ	NOM DE VOTRE EMPLOYEUR (ou centre de formation / porteur de projet)	ADRESSE DE VOTRE EMPLOYEUR (ou centre de formation / porteur de projet)
du _____ au _____			

**À REMPLIR PAR LE STAGIAIRE**

*Rubriques 3, 4, 5, 6 : à ne remplir que si vous êtes concerné(e).*

**3 Vous êtes à la recherche d'un emploi et appartenez à l'une de ces catégories**

- Vous êtes parent d'au moins trois enfants
  - Vous êtes veuf(ve), divorcé(e), séparé(e) judiciairement depuis moins de trois ans
  - Vous êtes veuf(ve), divorcé(e), séparé(e), abandonné(e), célibataire et vous assumez seul(e) la charge d'au moins un enfant résidant en France
  - Vous êtes une femme seule enceinte

#### **4 Vous êtes travailleur non salarié**

- agriculteur     artisans     profession libérale     marin-pêcheur     autre (précisez)

### **5 Vous êtes travailleur handicapé**

- oui       non

  - Vous percevrez durant le stage des indemnités journalières pour maladie versées par la CPAM
  - Vous avez été victime d'un accident du travail (autre qu'un accident de trajet, ou d'une maladie professionnelle) et votre contrat de travail est suspendu

## 6 Autre situation

- Vous bénéficiez de l'aide aux agriculteurs en difficulté
  - Vous êtes demandeur d'asile de plus de 6 mois ou réfugié ou bénéficiaire d'une protection subsidiaire
  - Vous êtes dans une autre situation (précisez) : \_\_\_\_\_

## DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

**Je déclare sur l'honneur que :**

- Les renseignements fournis à l'appui de la présente demande sont sincères et véritables. Par ailleurs, je suis informé(e) des dispositions de l'article 441-7 du code pénal qui prévoit « [...] qu'est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende le fait : 1° D'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts ; 2° De falsifier une attestation ou un certificat originiairement sincère ; 3° De faire usage d'une attestation ou d'un certificat inexact ou falsifié. Les peines sont portées à trois ans d'emprisonnement et à 45 000 euros d'amende lorsque l'infraction est commise en vue de porter préjudice au Trésor public ou au patrimoine d'autrui ».

- J'ai été averti(e) que je devrai rembourser tout ou partie des sommes perçues en cas d'abandon de la formation sans motif légitime ou en cas d'exclusion pour faute lourde.
  - Je n'ai pas déposé de demande de rémunération pour ce stage auprès d'un autre organisme payeur ou auprès de Pôle emploi, je renonce le cas échéant, à solliciter de l'allocation d'aide au retour à l'emploi - formation.

• J'ai effectué un stage de formation rémunéré par :

- l'Etat
- un Conseil régional
- Pôle emploi
- l'Agence de services et de paiement
- Autres (Docaposte...)

du au au centre de

ayant pour objet

Faille

20

La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'information, aux fichiers et aux libertés s'applique à cette demande. Elle vous donne droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant. Ce traitement de données à caractère personnel est effectué par l'organisme ou l'institution qui finance votre action afin de permettre le versement. Le suivi et le contrôle de votre rémunération. Il répond à une mission d'intérêt public. Toutes les informations demandées sont obligatoires pour le versement de la rémunération. Conformément au RGPD, vous disposez d'un droit d'accès, d'opposition et de rectification des données vous concernant ainsi que de limitation du traitement. En cas d'opposition au traitement, votre rémunération ne sera plus versée. Pour plus d'informations sur le traitement de vos données et sur vos droits, veuillez consulter la mention jointe.

**Signature du stagiaire**