

CONTRAT INDIVIDUEL DE SEJOUR

DWWM (Développeur Web et Web Mobile)

Etabli en application :

- De la loi du 2 janvier 2002 sur les institutions sociales et médico-sociales
- Du Décret n°2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge prévu par l'article L 311-4 du code de l'action sociale et des familles.

| Pour un séjour en | Préorientation | |
|-------------------|---------------------------|--|
| | UEROS | |
| | APIPro | |
| | PEPS | |
| | Formation Professionnelle | |

Entre d'une part

Le Centre de Réadaptation de Mulhouse, représenté par M. CARDOSO, Directeur Général du CRM, ou son représentant Didier ROCHE, agissant en sa qualité de Responsable de Formation ou d'Orientation.

Et d'autre part

| Prénom et NOM | Gatien FACQUEUR | |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Demeurant | 8 Rue Calmette 67270 HOCHFELDEN | |
| Né(e) le | 03/04/1990 | |
| Décision CDPAH | MDPH DE LA MOSELLE 1 Rue Claude Chappe - EUROPLAZA BAT.D - CS 95213 57000 METZ CEDEX 3 | |
| Dates de notification | 06/09/2021 - 31/08/2029 | |
| N° de dossier | 937041 | |
| Autre cas | | |

7 boulevard des Nations - 68093 Mulhouse Cedex - Tél. : +33 (0)3 89 32 46 46 - www.arfp.asso.fr - info@arfp.asso.fr

OFP FOR571-E - 03/21

| DEMOLID DAD LE CE | ACIAIDE | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--|
| A REMPLIR PAR LE STAGIAIRE | | | | |
| | A L'ENTREE EN STAGE | | | |
| ENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE NIVEAU DE FORMATION (cochez les cases qui correspondent à votre situation) | | | | |
| _ | e dernière classe suivie : | | levé obtenu : | |
| _ | Primaire, 6°, 5°, 4°, CPA, CPPN ou CLIPPA | | | |
| ☐ 3° ou première année de — | | ☐ Certificat d'étude prim | naire (CEP) | |
| _ | ☑ 2 ^{de} , 1 ^{ère} de l'enseignement général ou 2 ^e année de CAP ou BEP | | ☐ Brevet des collèges (BEPC) | |
| Terminale | | ▼ CAP ou BEP | | |
| ☐ 1ère ou 2e année de DEUG, DUT, BTS, école des formations ☐ Baccalauréat général,technologique ou professionnel anitaires et sociales | | | technologique ou professionnel, | |
| Classes de 2e ou 3e cyc | ele de l'enseignement | ☐ DEUG, DUT, BTS, ou | ☐ DEUG, DUT, BTS, ou autre diplôme de niveau BAC+2 | |
| | | ☐ Diplôme de niveau BA | AC+3 ou ou plus | |
| OUS ETES BENEFICIAIR | RE DU RSA: oui 🗵 non | si oui, à quel titre : ☐ à ti | itre d'allocataire 🔲 à titre d'ayant droit | |
| OUS ETES SANS EMPLO | וס | | | |
| nscrit à Pôle Emploi | 🗷 oui 🔲 non | | | |
| Si oui, depuis combien de te | emps en continue : 💌 moins de 6 r | nois 🗌 6 à 11 mois 🔲 12 à 2 | 23 mois | |
| Situation auprès de Pôle | · — | | | |
| · | ne demande d'indemnisation auprès | de Pâle emploi | ☐ Oui / ☐ Non | |
| | | | ☐ Oui / ☐ Non | |
| emploi | ossier de demande d'indemnisation (| en cours aupres de Pole | _ Oul / _ Noll | |
| Vous n'êtes plus | indemnisé(e) par Pôle emploi depuis | s le | | |
| | | L'allocation de retour | à l'emploi | |
| Vous êtes indem | inisé(e) par Pôle emploi au titre de : | L'allocation d'insertio | n . | |
| | | L'allocation de solida | rité spécifique | |
| Vous n'avez jama | Vous n'avez jamais été salarié dans ce cas, reportez-vous directement p.3 | | r-vous directement p.3 | |
| 2) ACTIVITES ANTERIE | EURES | | | |
| ☐ Vous avez exercé une a | activité salariée pendant une durée in | férieure à 6 mois | | |
| Vous avez exercé une activité salariée pendant 6 mois ou 910 heures au cours d'une période de 12 mois ou pendant 12 mois ou 1 820 heures u cours d'une période de 24 mois | | | | |
| ¬ Vous effectuez un stage | e d'une durée supérieure à un an et v | ous avez exercé une activité professio | onnelle durant trois ans ou plus | |
| 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 ou 910 heures au cours d'une période de 2 mois ou pendant 12 mois ou 1 820 heures ou cours d'une période de 24 mois | | | | |
| VOTRE PARCOURS PROFESSIONNEL EN FRANCE ET/OU A L'ETRANGER | | | | |
| odianos ai doceses es | | | | |
| ndiquer ci-dessous en pai récédant l'entrée en stage | rtant de la plus recente, vos activi | tes protessionnelles salariées, non s | salariées, de formation ou de chômage | |
| Période | Votre activité | Nom de votre Employeur (ou du centre de formation) | Adresse de votre Employeur (ou du | |
| 01/12/2013 04/06/2015 | AGENT DE FABRICATION | THYSSENKRUPP | centre de formation) 57 FLORANGE | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | POURSUIVRE PAGES SUIVANTES | |

RS1 – N° dossier : 48265 2 RS1 - N° dossier : 48265

| A REMPLIR PAR LE STAGIAIRE | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Rubriques 3, 4, 5, 6 : à ne remplir que si vous êtes concerné | | | |
| 3) Vous êtes à la recherche d'un emploi et appartenez à l'une de ces catégories | | | |
| ☐ Vo | | | |
| ☐ Vo | ous êtes veuf(ve), divorcé | e(e), séparé(e) judiciaireme | ent depuis moins de trois ans |
| | ous êtes veuf(ve), divorcé | | é(e), célibataire et vous assumez seul(e) la charge d'au moins un enfant résidant |
| _ | ous êtes une femme seule | e enceinte | |
| | | y on our co | |
| 4) Vou | s êtes travailleur non | salarié | |
| agric | | | profession libérale □ marin-pêcheur □ Autre |
| 5) Vou | s êtes travailleur han | dicapé | |
| ☐ Vous | percevrez durant le stage | des indemnités journalière | es pour maladie versées par la CPAM |
| ☐ Vous | avez exercé une activité | salariée pendant une durée | e inférieure à 6 mois ou vous n'avez jamais exercé d'activité salariée |
| × Vous | | | 910 heures au cours d'une période de 12 mois ou pendant 12 mois ou 1 820 heures au |
| ☐ Vous suspend | | ccident du travail (autre q | u'un accident de trajet, ou d'une maladie professionnelle) et votre contrat de travail est |
| | | | |
| - | re situation | | |
| | bénéficiez de l'aide aux a | | |
| Vous ête | s dans une autre situatior | ı (précisez) : | |
| | | | |
| | | DECLAR | RATION SUR L'HONNEUR |
| Je décla | are sur l'honneur 🖁 | | |
| les renseignements fournis à l'appui de la présente demande sont sincères et véritables (art. 22-II de la loi n° 68-690 du 31/07/1968) « Quiconque aura fourni sciemment des renseignements inexacts ou incomplets dans la déclaration exigée en vue d'obtenir de l'Etat ou des collectivités locales […] un paiement ou un avantage quelconque indu sera puni d'un emprisonnement de quatre ans et d'une peine d'amende de 9000 € ou de l'une de ces deux peines.» | | | |
| • | J'ai été averti(e) que je ou en cas d'exclusion pe | | partie des sommes perçues en cas d'abandon de la formation sans motif légitime |
| • | | | pour ce stage auprès d'un autre organisme payeur ou auprès de Pôle emploi, je cation de retour à l'emploi – formation. |
| • | Je n'ai pas déposé de d | demande de rémunération | pour ce stage auprès d'un autre organisme payeur ou auprès de Pôle emploi, je |
| | | | cation de retour à l'emploi – formation. |
| • | J'ai effectué un stage de | e formation rémunéré par : | I'AFPA Autre (à préciser) : |
| | | | Pôle Emploi ou l'ASSEDIC |
| | | | L'Agence de services et de paiement ou le CNASEA |
| | | au | au centre de |
| | ayant pour objet _ | | |
| | | | |
| | | | Fait le 26/04/2022 |
| | | | Signature du titulaire |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | La loi 78-17 du 6 janvier 1978 données vous concernant. | 3 relative à l'informatique, aux fich | niers et aux libertés s'applique à cette demande. Elle vous donne droit d'accès et de rectification pour les |

3

| RESERVE AU CENTRE DE FORMATION | | |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| | Conseil Régional Autre | |
| N° d'agrément ou de convention : CRM-2022-8 | _ | |
| Intitulé du stage ou cycle : Qual-DWWM-Dévelop | peur Web et Web Mobile | |
| Spécialité de la formation (NSF) : CRM-2022-8 | | |
| Nomenclature consultable à l'adresse suivante : ht | tp://www.centre-inffo.fr/Nomenclature-des-sp | ecialites-de.html |
| Adresse électronique du centre : omeyer@arfp.as | sso.fr | |
| Code postal et commune de formation 68100 | MULHOUSE | |
| Date d'ouverture : 25/04/2022 | Date de fin prévue : 22/09/2023 | Durée totale du stage pour le stagiaire _{(en} 2575 heures) |
| | | dont en entreprise |
| Stagiaire entré le 25/04/2022 | Date de sortie prévue : 22/09/2023 | Durée hebdomadaire 35 |
| Objectif du stage : reportez-vous à la notice explic | ative (cochez la case concernée) | |
| certification | | |
| professionnalisation | | |
| préparation à la qualification | | |
| 🔲 remise à niveau, maîtrise des s | savoirs de base, initiation | |
| (re) mobilisation, aide à l'élabo | ration de projet professionnel | |
| perfectionnement / élargisseme | ent des compétences | |
| ☐ création d'entreprise | | |
| Si le stage vise une certification ou une profession | nalisation, niveau de la qualification préparée | |
| □ niveau CAP – BEP (niveau V) | | |
| ☐ niveau Baccalauréat, Brevet te | chnique, Brevet professionnel (niveau IV) | |
| niveau DEUG, DUT, BTS (nive | au III) | |
| ☐ niveau licence et supérieur (niv | veau I et II) | |
| | | |
| | | f agréé au titre de la rémunération et que les mentions |
| portées par son établissement sur le présent imp | rime sont exactes. | Fait I. 2010 110000 |
| A STATE OF STREET STREET, STREET | | Fait le 26/04/2022 |
| | | Signature du die unit du centre de formation |
| Mary and an analysis of the last | | ou de la personne diment habilitée |
| Réadaptation | | |
| 7 bouley 10 classications | | |
| 68093 XI LEGUSE CEDEX | | |
| | | TO MOTHER BUZCHIFTALS |
| | | |
| RESERVE A L'ADMINISTRATION | | |
| Accord Décision de rémunération | | |
| | € □ Base mensuelle | Visa |
| À compter du Montant | € Base horaire | |

RS1 - N° dossier : 48265

Indemnité transport-hébergement

_____, ___€

Rejet (motif à notifier)

| Organisme gestionnaire | Grand ALSACE CHAMPAGNE-AR |
|------------------------|----------------------------|
| | DEMANDE D' |

Centre de formation

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

(Sixième partie du Code du Travail) cerfa N° 11971*03

CACHET

| A REMPLIR PAR LE | STAGIAIRE |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | ETAT CIVIL |
| M. ★ Mme □ | Mile □ |
| Votre nom de naissan | ce : FACQUEUR |
| Votre nom d'épouse o | u d'époux (éventuellement) : |
| Votre prénom : GATIE | N . |
| Votre date de naissan | ce: 03/04/1990 à THIONVILLE |
| Votre nationalité : Fra | nçaise 🗵 Union européenne 🗌 Autres (à préciser) : |
| Votre domicile | Numéro et voie : 8 RUE CALMETTE |
| habituel avant le stage | Complément d'adresse : - |
| | Code postal : 67270 Ville : HOCHFELDEN |
| Votre adresse électro | nique : facqueur.gatien@gmail.com |
| Votre téléphone : | |
| Votre domicile est à 1 | 40 km du centre de formation |
| S'il y a changement d | e résidence pour la durée du stage, indiquer la nouvelle adresse |
| Votre nouvelle | Numéro et voie : - |
| adresse | Complément d'adresse : |
| | Code postal : Ville : |
| | VOTRE SITUATION FAMILIALE |
| Vous êtes : | |
| ☐ célibataire | marié(e) ☐ en union libre ☐ pacsé(e) ☐ veuf(ve) ☐ séparé(e) ☐ divorcé(e) |
| Vous avez 0 enfants | |
| | |
| | REGIME DE PROTECTION SOCIALE |
| 1 | urité sociale : 1900457672017 78 |
| Vous êtes affilié(e) | à la caisse de URSSAF LORRAINE |
| au régime généra | |
| | ance maladie des exploitant agricoles en tant que : exploitant |
| | exploitant ☐ conjoint ☐ associé d'exploitation ☐ aide familiale ariés agricoles en tant que : ☐ salarié d'exploitation ☐ salarié d'organisme agricole |
| ☐ à un autre régime | |
| | |
| ☐ Vous n'êtes pas affilié(e) à titre personnel (par exemple : ayant droit) MODE DE PAIMENT SOUHAITE | |
| ▼ virement ba | |
| E VII CITICITÉ DE | POURSUIVRE PAGES SUIVAN |

RS1 - N° dossier : 48265