

## 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 CDDAH	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](http://www.arfp.asso.fr) · [info@arfp.asso.fr](mailto:info@arfp.asso.fr)





RESERVE AU CENTRE DE FORMATION

☐ Agrément Etat ☒ Agrément Conseil Régional ☐ Autre

N° d'agrément ou de convention : CRM-2022-8

Intitulé du stage ou cycle : Qual-DWWM-Développeur Web et Web Mobile

Spécialité de la formation (NSF) : CRM-2022-8

Nomenclature consultable à l'adresse suivante : <http://www.centre-info.fr/Nomenclature-des-specialites-de.html>

Adresse électronique du centre : omeyer@arfp.asso.fr

Code postal et commune de formation 68100 MULHOUSE

Date d'ouverture : 25/04/2022 Date de fin prévue : 22/09/2023

Stagiaire entré le 25/04/2022 Date de sortie prévue : 22/09/2023

Objectif du stage : reportez-vous à la notice explicative (cochez la case concernée)

☐ certification

☐ professionnalisation

☐ préparation à la qualification

☐ remise à niveau, maîtrise des savoirs de base, initiation

☐ (re) mobilisation, aide à l'élaboration de projet professionnel

☐ perfectionnement / élargissement des compétences

☐ création d'entreprise

Si le stage vise une certification ou une professionnalisation, niveau de la qualification préparée

☐ niveau CAP – BEP (niveau V)

☐ niveau Baccalauréat, Brevet technique, Brevet professionnel (niveau IV)

☐ niveau DEUG, DUT, BTS (niveau III)

☐ niveau licence et supérieur (niveau I et II)

Le directeur du centre certifie que cette demande est comprise dans les limites de l'effectif agréé au titre de la rémunération et que les mentions portées par son établissement sur le présent imprimé sont exactes.

Fait le 26/04/2022

Signature du directeur du centre de formation ou de la personne dûment habilitée

Réadaptation

7 boulevard des Nations

68093 MULHOUSE CEDEX

Tél. 03 89 32 46 46

RESERVE A L'ADMINISTRATION

☒ Accord Décision de rémunération n°

À compter du Montant € Base mensuelle

À compter du Montant € Base horaire

Indemnité transport-hébergement €

Codification

☐ Rejet (motif à notifier)

Organisme gestionnaire

Centre de formation

CACHET

Grand Est

ALSACE CHAMPAGNE-ARDENNE LORRAINE

DEMANDE D'ADMISSION

AU BÉNÉFICE DES RÉMUNÉRATIONS

DES STAGIAIRES DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE

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

A REMPLIR PAR LE STAGIAIRE

ETAT CIVIL

M. ☒ Mme ☐ Mlle ☐

Votre nom de naissance : FACQUEUR

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

Votre prénom : GATIEN

Votre date de naissance : 03/04/1990 à THIONVILLE

Votre nationalité : Française ☒ Union européenne ☐ Autres (à préciser) :

Votre domicile habituel avant le stage Numéro et voie : 8 RUE CALMETTE

Complément d'adresse : -

Code postal : 67270 Ville : HOCHFELDEN

Votre adresse électronique : facqueur.gatien@gmail.com

Votre téléphone :

Votre domicile est à 140 km du centre de formation

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

Votre nouvelle adresse Numéro et voie : -

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

RÉGIME DE PROTECTION SOCIALE

Votre numéro de sécurité sociale : 1900457672017 78

Vous êtes affilié(e)

☒ au régime général à la caisse de URSSAF LORRAINE

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

☐ exploitant ☐ conjoint ☐ associé d'exploitation ☐ aide familiale

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

☐ à un autre régime (précisez lequel) :

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

MODE DE PAIEMENT SOUHAITE

☒ virement bancaire ☐ virement postal ☐ autre, à préciser :

POUR SUIVRE LES PAGES SUIVANTES