

FORMATION INDIVIDUELLE ET CARED INDIVIDUEL

DEVIS POUR UNE DEMANDE DE FORMATION INDIVIDUELLE

Ce devis doit être complété et joint avec la prescription dans PROSPER (format pdf)

ETABLI PAR

Nom de l'organisme

Adresse

Code postal

Ville

Téléphone

Fax

Courriel

Nom et qualité de la personne à contacter

SIRET

N° de déclaration d'activité

Statut juridique

POUR

Nom et prénom du futur stagiaire

Adresse

Code postal

Ville

Le futur stagiaire

Je déclare avoir pris connaissance des éléments du devis et, le cas échéant, des frais annexes restant à ma charge

Fait à

Le

(Signature)

Si le futur stagiaire est mineur

(Nom et prénom du responsable légal)

(Signature du responsable légal)

L'Organisme de Formation

Je m'engage à mobiliser l'ensemble des moyens matériels, pédagogiques, humains nécessaires à la bonne réalisation de l'action de formation

Fait à

Le

Nom, fonction du signataire
et cachet du signataire

(Signature)



La Région
Auvergne-Rhône-Alpes

Conformément à la loi modifiée n° 78-17 du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de modification des informations vous concernant et contenues dans notre fichier, en écrivant à la Région Rhône-Alpes - Direction de la Formation Continue

LA FORMATION

Intitulé de la formation _____

Nomenclature diplôme N° _____
(à compléter par organisme de formation)

Niveau de la formation : _____
(I à V)

Code FAP 2009 _____ (ex: B2Z ouvrier qualifié gros œuvre bâtiment)
(à compléter par organisme de formation)

Ville où se déroule la formation _____

Code Postal _____

Date de début _____

Date de fin _____

La date de début indiquée est **la date à partir de laquelle la Région peut prendre en charge la formation**, conformément au cadrage des actions projets individuels et du CARED Formation individuel. En règle générale, elle coïncide avec la date du début effectif de la formation. Dans certains cas, la date de début de prise en charge de la Région peut être exceptionnellement postérieure à la date officielle de début de la formation (ex : prise en charge des 12 derniers mois d'une formation alors que cette dernière a une durée supérieure, dysfonctionnement dans le montage du dossier et obligation de différer l'entrée en formation...). Il est rappelé qu'il s'agit là d'un devis de formation qui est à dissocier d'un référentiel de formation qui lui peut exiger des durées de formation plus longues.

Durée totale (en H) _____
dont durée en Centre _____ H
dont durée en Entreprise _____ H

Rythme hebdomadaire moyen (*)
en Centre _____ H
en Entreprise _____ H
en Entreprise + Centre _____ H

(*) Si alternance hebdomadaire centre/entreprise, le rythme hebdo moyen = rythme hbdo centre + nbre heures ent / 2

(*) Si alternance centre/entreprise sur des périodes différentes, le rythme hebdo moyen = nbre heures totales de formation / nbre semaines sur la durée totale de la formation

(*) Ces éléments serviront de base au calcul de la rémunération du stagiaire, Le rythme hebdomadaire en centre ne peut être > à 35 H.

Intitulé de la validation : _____

(le cas échéant) _____

Code CPF de la formation (pour les Formations Individuelles uniquement): _____

Les formations ayant pour finalité la certification doivent être reconnues par une certification officielle inscrite au RNCP

Prix de l'heure stagiaire TTC (en centre) : _____

€

Prix total de la formation TTC : _____

€

(Calculer : nombre d'heures en centre X par prix de l'heure stagiaire en centre)

Frais annexes restant à la charge du stagiaire : _____

€

(Les frais restant à la charge du stagiaire doivent obligatoirement être précisés. L'organisme ne pourra a posteriori réclamer des sommes annexes non signalées. Il s'agit bien de frais annexes et non de frais pédagogiques)

Préciser la nature des frais annexes (inscription, dossier, sélection, examen, concours, équipements professionnels, fournitures) : _____

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations relatives à la certification de la formation

Signature du responsable de l'organisme _____

En cas de COFINANCEMENT, ce cadre doit OBLIGATOIREMENT être rempli par la structure prescriptrice

Prix de la formation en centre, sollicité auprès de la Région : _____

€

Montant du (des) cofinancement (s) : _____

€

Cofinanceur (s) sollicité (s) : _____

Attention : ne rien ajouter au devis, compléter sans modifier, sans ratures