

## ATTESTATION DE PRESENCE ET DE PAIEMENT

N° de dossier :

CIF CDI

CIF CDD

Mois : \_\_\_\_\_

Année : \_\_\_\_\_

BC

VAE

Nom et Prénom du stagiaire : \_\_\_\_\_

FORMATION HTT

CONGE EXAMEN

**Notice explicative : LE PRESTATAIRE**

Complétez vos parties. Faites signer le stagiaire et remettez-lui ce document pour qu'il le transmette à son employeur \* (ou transmettez à l'employeur directement).

**\*Hors CIF CDD, Formation Hors Temps de Travail, Bilan de Compétences Hors Temps de Travail et VAE Hors Temps de Travail.**

Conservez une copie de ce document complété.

**Notice explicative : L'ENTREPRISE**

Complétez votre partie pour déclencher le remboursement de la rémunération et des charges patronales (joindre une copie du bulletin de salaire de la période concernée + un RIB si 1<sup>ère</sup> demande ou modification).

Envoyez le formulaire au Fongecif Aquitaine pour paiement.

Date	A REMPLIR PAR LE PRESTATAIRE				SIGNATURE DU STAGIAIRE	
	Cours théorique (h)	Stage Pratique (h)	Total journalier	Absence (Nombre d'heures et motif)	Matin	Après-midi
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
				<b>Total des heures</b>		

- Consultation des règlements et impression du justificatif
- Téléchargement de l'attestation de présence et de paiement

### A REMPLIR PAR LE PRESTATAIRE

#### FACTURATION DE LA FORMATION

**L'envoi d'une (des) facture(s) est indispensable**

Dernière facture :  OUI  NON

Le paiement de la dernière facture est conditionné par :

- Une attestation certifiant qu'un document de synthèse a été établi suite à un Bilan de Compétences
- Une évaluation de formation

Merci de les joindre à votre demande.

### STAGE D'APPLICATION EN ENTREPRISE Nom et adresse de l'entreprise d'accueil

*(Joindre la convention de stage)*

### RESERVÉ AU FONGECIF NOUVELLE-AQUITAINE

### A REMPLIR PAR L'ENTREPRISE DU STAGIAIRE

**Uniquement pour les dispositifs sur le temps de travail**

#### DEMANDE DE REMBOURSEMENT SELON LA CONVENTION ÉTABLIE

**Joindre le bulletin de salaire du mois concerné**

Nom de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Personne à contacter : \_\_\_\_\_

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

N° SIRET : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Horaire mensuel : \_\_\_\_\_ h

① Salaire moyen mensuel brut \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ €

② Primes mensuelles (ancienneté...) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ €

③ Taux de Congés payés \_\_\_\_\_ %

④ Montant des congés payés  
(① + ②) x ③ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ €

⑤ Primes annuelles \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ €

⑥ Salaire global (①+②+④+⑤) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ €

Taux horaire (a) \_\_\_\_\_ %

% charges patronales (b) \_\_\_\_\_ %

Nombre d'absence au poste (d) \_\_\_\_\_ h  
(Mensualisation si mois complet)

**Montant du remboursement demandé** \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ €  
((axd)x b)+(axd)

**Les signataires certifient l'exactitude des mentions qu'ils ont portées ci-dessus**

#### Le prestataire

Fait à  
Le | | | | | | | | | | | |

Nom :  
Qualité

Signature et cachet du prestataire.

#### L'entreprise

Fait à  
Le | | | | | | | | | | | |

Nom :  
Qualité :

Signature et cachet de l'entreprise

#### Le stagiaire

Fait à  
Le | | | | | | | | | | | |

Nom :  
Prénom :

Signature du bénéficiaire