

DEMANDE DE REMBOURSEMENT D'UN CONGÉ INDIVIDUEL DE FORMATION

N° Dossier :

CIF CDI CIF CDD

Bénéficiaire :

Mois : Année :

25, cours Jean Pénicaud - 87000 Limoges
Tél. : 05 55 79 10 78 - Fax : 05 55 77 83 22
contact87@fongecifna.org
www.fongecifnouvelleaquitaine.org

Notice explicative : L'ORGANISME DE FORMATION

- ① Complétez vos parties, faites signer le stagiaire et remettez le formulaire au Fongecif Nouvelle-Aquitaine - site de Limoges et à l'entreprise du salarié (hors CDD). (La dernière demande de paiement devra être impérativement accompagnée de la synthèse et de l'évaluation de la formation)
Gardez une copie de l'attestation de présence complétée.

Notice explicative : L'ENTREPRISE

- ② Complétez votre partie pour déclencher le remboursement de la rémunération et des charges patronales (joindre la copie du bulletin de salaire de la période concernée + un R.I.B. si modification).
③ Envoyez le formulaire au Fongecif Nouvelle-Aquitaine - site de Limoges pour paiement.

CALENDRIER PRÉVISIONNEL DE PRISE EN CHARGE

Date	À REMPLIR PAR L'ORGANISME DE FORMATION				SIGNATURE DU SALARIÉ	
	Cours théoriques (h)	Stage pratique (h)	Total journalier	Absence (nbre d'heures et motifs)	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						
					Total des heures	

DEMANDE DE REMBOURSEMENT D'UN CONGÉ INDIVIDUEL DE FORMATION

Sur le site www.fongecifnouvelleaquitaine.org (munissez-vous de vos identifiants d'accès)

- Consultation des paiements et impression du justificatif.
- Téléchargement de la demande de remboursement et des feuilles d'emargement.

Renseignements comptabilité :

email : comptabilite87@fongecifna.org
tél. : 05 55 79 86 96

À REMPLIR PAR L'ORGANISME DE FORMATION

FACTURATION DE LA FORMATION

La facturation mensuelle est établie sur ce document.
Aucun autre document n'est nécessaire.

Raison sociale de l'organisme de formation

Adresse

N° de Siret :

N° de facture

Date de facture :

① Coût horaire TTC de prise
en charge par le FONGECIF : €

② Nombre d'heures de formation : h
Montant de la facture TTC (① x ②) : €

La synthèse et l'évaluation de formation
conditionnent le paiement de la dernière facture.
(merci de les joindre à votre demande)

Dernière facture : Oui Non

À REMPLIR PAR L'ENTREPRISE DU SALARIÉ

DEMANDE DE REMBOURSEMENT SELON LA CONVENTION ÉTABLIE

Joindre le bulletin de salaire du mois concerné.

Personne à contacter

Nom de l'entreprise

Adresse

① Salaire moyen (cf. lettre d'acceptation)
mensuel brut pour 1 mois complet : €

• proratisé si formation < à 1 mois €

• pris en charge à **100,00** % à imputer
sur le salaire brut €

② Charges patronales €

③ Congés payés (① + ②) x 10 % :

Montant total remboursement

demandé (① + ② + ③) : €

NE PAS REMPLIR - RÉSERVÉ AU FONGECIF

L'organisme de formation ainsi que le salarié attestent la sincérité des informations fournies.
Toute fausse déclaration pourra entraîner des poursuites. Tout document incomplet sera retourné. Joindre un RIB à la première facture ou première demande de paiement.

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

L'organisme de formation

Fait à

Le

Nom

Qualité

Signature et cachet
de l'organisme de formation

L'entreprise d'accueil du stage pratique

Fait à

Le

Nom

Qualité

Signature et cachet
de l'entreprise d'accueil

L'entreprise du salarié

Fait à

Le

Nom

Qualité

Signature de l'entreprise