



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Organisme gestionnaire

Centre de formation

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE  
DES COTISATIONS DE SÉCURITÉ SOCIALE  
DES STAGIAIRES DE LA FORMATION  
PROFESSIONNELLE NON RÉMUNÉRÉS

(Livre IX du Code du Travail) **cerfa** N°12576\*01

CACHET

À REMPLIR PAR LE STAGIAIRE

ETAT CIVIL

M.  Mme  Mlle

Votre nom de naissance \_\_\_\_\_

Votre nom d'épouse ou d'époux (éventuellement) \_\_\_\_\_

Votre prénom \_\_\_\_\_

Votre date de naissance \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Votre nationalité  Française  Union européenne  Autre (à préciser) \_\_\_\_\_

Votre adresse :  
numéro \_\_\_\_\_ rue ou lieu dit \_\_\_\_\_  
code postal \_\_\_\_\_ commune \_\_\_\_\_

Votre adresse électronique \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

RÉGIME DE PROTECTION SOCIALE

Votre numéro de sécurité sociale \_\_\_\_\_

Vous êtes affilié(e) :

au régime général à la caisse de : \_\_\_\_\_ département : \_\_\_\_\_

au régime d'assurance maladie des exploitants agricoles en tant que :  exploitant  conjoint  
 associé d'exploitation  aide familial

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)

SITUATION À L'ENTRÉE EN STAGE

Dans le cas d'activité agricole  chef d'exploitation  aide familial  conjoint  salarié d'exploitation agricole

Dans le cas d'activité non agricole  salarié  non salarié  demandeur d'emploi

Si vous êtes demandeur d'emploi • inscrit à l'ANPE  oui  non

si oui, depuis combien de temps en continu :

moins de six mois  6 à 11 mois  12 à 23 mois  24 mois et plus

VOUS ÊTES BÉNÉFICIAIRE DU RMI  oui  non si oui, à quel titre :  à titre d'allocataire  à titre d'ayant droit

DE L'API  oui  non

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE NIVEAU DE FORMATION (cochez les cases qui correspondent à votre situation) :

Votre dernière classe suivie :

- Primaire, 6<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup>, CPA, CPPN ou CLIPA
- 3<sup>e</sup> ou première année de CAP ou BEP
- 2<sup>e</sup>, 1<sup>ère</sup> de l'enseignement général ou 2<sup>e</sup> année de CAP ou BEP
- Terminale
- 1<sup>ère</sup> ou 2<sup>e</sup> année de DEUG, DUT, BTS, école des formations sanitaires et sociales..
- Classes de 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> cycle de l'enseignement supérieur

Votre diplôme le plus élevé obtenu :

- Aucun diplôme
- Certificat d'étude primaire (CEP)
- Brevet des collèges (BEPC)
- CAP ou BEP
- Baccalauréat général, technologique ou professionnel
- DEUG, DUT, BTS ou autre diplôme de niveau Bac+2
- Diplôme de niveau Bac+3 ou plus

Je certifie que, ni mon employeur, ni l'État, ni l'Assedic, ni aucun organisme ne me verse une rémunération ou indemnité au titre de ce stage.

J'ai été averti(e) que ma prise en charge sera conditionnée par ma présence au stage (art. R 961-9 du Code du Travail).

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus sous peine des sanctions prévues par la loi 68-690 du 31/7/1968 (art. 22 11).

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique à cette demande. Elle vous donne droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature du stagiaire

## RÉSERVÉ AU CENTRE DE FORMATION

Agrément Etat  Agrément Conseil Régional  Autre

N° d'agrément ou de convention : \_\_\_\_\_

Intitulé du stage ou cycle \_\_\_\_\_  
(doit correspondre à celui qui a fait l'objet de l'agrément de rémunération)

Spécialité de la formation (NSF)    
spécialité code fonction

Nomenclature consultable à l'adresse suivante : [www5.centre-inffo.fr/maq100901/ressources/dossiers/dos0002\\_Nomenclature.htm](http://www5.centre-inffo.fr/maq100901/ressources/dossiers/dos0002_Nomenclature.htm)

Adresse électronique du centre \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Code postal et commune du lieu de formation  \_\_\_\_\_

Date d'ouverture   Date de fin prévue   Durée totale du stage pour le stagiaire (en heures)

Stagiaire entré le   Date de sortie prévue   dont en entreprise

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

Durée hebdomadaire (en heures)

- 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 technicien, Brevet professionnel (niveau IV)
- niveau DEUG, DUT, BTS (niveau III)
- niveau licence et supérieur (niveau I et II)

## ÉTAT DE PRÉSENCE

h janvier  h février  h mars  h avril  h mai  h juin  h total semestriel

h juillet  h août  h septembre  h octobre  h novembre  h décembre  h total semestriel

remarques éventuelles \_\_\_\_\_  h total général

## RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Accord de prise en charge *Risques couverts* \_\_\_\_\_

Rejet \_\_\_\_\_

VISA

