

Congé individuel de formation

Demande de prise en charge à destination des

journalistes de presse écrite rémunérés à la pige **salariés sous CDD** **intermittents du spectacle**

À compléter

Veillez à compléter les pages 1 et 2 du document. N'oubliez pas de faire compléter les pages 3 et 4 par l'organisme de formation. Vérifiez que toutes les pièces réclamées sont bien annexées à votre dossier (voir la liste des documents à joindre sur la note d'information). Ce formulaire doit parvenir à l'Afdas dûment complété et signé au moins 3 mois et au maximum 6 mois avant le début du stage (même si les résultats d'admission ne sont pas encore connus).

Avant de le compléter, lisez attentivement les modalités de prise en charge jointes en annexe.

Pièces à joindre au dossier

Tous publics :

- Une lettre de motivation (de préférence dactylographiée en 2 pages maximum)
- Votre curriculum-vitæ (1 page maximum).
- Le descriptif détaillé et le calendrier précis de la formation retenue, délivrés par l'organisme de formation.
- Le devis estimatif des frais annexes (le cas échéant).
- Si vous êtes reconnu travailleur handicapé, joindre une copie de l'avis COTOREP ou CDAPH.
- La photocopie de votre carte d'identité ou de votre passeport
- Un relevé d'identité bancaire (RIB)
- Joindre la synthèse du bilan de compétence + plan de financement pour projet de création d'entreprise

Pour les pigistes joindre également :

- Les bulletins de pige des 12 derniers mois
- Les deux dernières cartes de presse (hors année en cours)

Pour les CDD joindre également :

- Le BIAF (Bordereau individuel d'accès à la formation) remis par l'employeur de votre dernier CDD
- Les photocopies du (ou des) contrats de travail couvrant les 4 derniers mois travaillés (durant les 12 derniers mois) et les 4 bulletins de salaire correspondants.
- Les certificats de travail pour les emplois précédents (ou bulletins de salaire) pour justifier du minimum de 24 mois d'activités dans les 5 dernières années.

Pour les intermittents joindre également :

- Votre dernier avis de prise en charge ARE délivré par Pôle emploi. Aucune révision de votre taux horaire de rémunération ne pourra être faite après acceptation du dossier par la commission paritaire.
- Vos 5 dernières attestations annuelles de paiement de la caisse des congés spectacles (recto/verso) + vos bulletins de salaire depuis avril dernier délivrés par les entreprises adhérentes à l'Afdas.

1 Identité

| | |
|---------------------|---|
| Nom usuel | Prénom |
| Nom de jeune fille | |
| Adresse | |
| Code postal | Ville |
| Téléphone domicile | Téléphone mobile |
| Courriel | Nationalité <input type="checkbox"/> française <input type="checkbox"/> autre |
| Né(e) le | à |
| N° Sécurité sociale | |
| N° de Congé* | N° carte de presse** |

*Pour les intermittents

**Pour les journalistes

2 Carrière professionnelle (à l'exclusion des emplois d'étudiants et des stages pratiques en entreprise)

| | |
|----------------------------------|---|
| Date d'entrée dans la vie active | Date d'entrée dans la branche professionnelle |
| Dernier emploi occupé | |
| auprès de : | |
| Nom de la société | |
| Adresse | |
| Code postal | Ville |
| Activité | N° Siret |



Trouver votre délégation régionale

| | | | | | | |
|---|--|---|---|---|--|---|
| <p>ILE-DE-FRANCE, CENTRE</p> <p>Afdas (siège social) 66, rue Stendhal CS 32016 75990 Paris Cedex 20 Tél.: 01 44 78 38 45 Fax: 01 44 78 39 61</p> | <p>RHÔNE-ALPES, AUVERGNE, BOURGOGNE, FRANCHE-COMTÉ</p> <p>Afdas centre-est Espace Confluence 3, cours Charlemagne CS 60038 69286 Lyon Cedex 02 Tél.: 04 72 00 23 00 Fax: 04 72 00 22 71</p> | <p>PACA, CORSE, LANGUEDOC-ROUSSILLON</p> <p>Afdas sud-est 40, bd de Dunkerque BP 71663 13566 Marseille Cedex 02 Tél.: 04 91 99 41 98 Fax: 04 91 91 23 08</p> | <p>AQUITAINE, LIMOUSIN, MIDI-PYRÉNÉES, POITOU- CHARENTES</p> <p>Afdas sud-ouest 74, rue Georges Bonnac Les Jardins de Gambetta, Tour 2 - 33000 Bordeaux Tél.: 05 56 48 91 80 Fax: 05 56 48 91 81</p> | <p>BRETAGNE, BASSE-NORMANDIE, PAYS-DE-LA-LOIRE</p> <p>Afdas ouest 227, rue de Châteaugiron 35000 Rennes Tél.: 02 23 21 12 60 Fax: 02 23 21 12 61</p> | <p>NORD-PAS DE CALAIS, HAUTE-NORMANDIE, PICARDIE</p> <p>Afdas nord-ouest 87, rue Nationale 59800 Lille Tél.: 03 20 17 16 80 Fax: 03 20 17 16 81</p> | <p>ALSACE, LORRAINE CHAMPAGNE-ARDENNE</p> <p>Afdas est 42, rue Jean-Frédéric Oberlin 67000 Strasbourg Tél.: 03 88 23 94 70 Fax: 03 88 23 05 88</p> |
|---|--|---|---|---|--|---|

3 Votre formation initiale

Dernière classe fréquentée

Ci-dessous, cochez la case correspondante : 1 pour le diplôme obtenu, 0 pour le niveau atteint

| Études secondaires | 1 | 0 | Indiquez la spécialité | Études supérieures | 1 | 0 | Indiquez la spécialité |
|--|---|---|------------------------|--------------------------------|---|---|------------------------|
| 6 BEPC | | | | 3 BTS | | | |
| 5 BEP | | | | 3 DUT | | | |
| 5 CAP | | | | 3 DEUG — L2 | | | |
| 5 BPA | | | | 2 Licence — L3 | | | |
| 4 BP | | | | 2 Maîtrise — M1 | | | |
| 4 BAC général | | | | 1 Diplôme 3 ^e cycle | | | |
| 4 BAC technique | | | | 1 Grandes écoles | | | |
| 4 Brevet technique | | | | 1 Écoles ingénieurs | | | |
| Autre diplôme | | | | Si autre, niveau atteint | | | |
| Si diplôme étranger (indiquez l'équivalence) | | | | | | | |

4 Votre formation complémentaire durant votre carrière

Précisez ci-dessous les formations suivies au cours de votre vie professionnelle (à compléter éventuellement sur une feuille séparée)

| Nom du stage (et du diplôme le cas échéant) | Du | Au | Durée en heures | Mode(s) de financement |
|---|----|----|-----------------|------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Dernier bilan de compétences effectué * | | | | |

Vous ne souhaitez pas la joindre

* Vous pouvez joindre à votre dossier la synthèse du bilan de compétences.

3 Le stage demandé

Nom du stage

| Nature | | | |
|--|---|--|--------------------------------------|
| Adaptation | 1 | Promotion, qualification | 2 |
| Prévention, conversion | 3 | Acquisition, entretien ou perfectionnement des connaissances | 4 |
| Dépenses supplémentaires occasionnées par le CIF | | <input type="checkbox"/> hébergement | <input type="checkbox"/> déplacement |

En faire le détail chiffré sur la fiche Afdas « Frais d'hébergement et de déplacement » jointe en annexe. Toute demande faite a posteriori serait irrecevable.

Certification

Je certifie l'exactitude des renseignements portés sur les pages 1 et 2 du présent document.

Fait à _____

Le _____

Les informations recueillies sont nécessaires pour l'enregistrement de la demande. En application de la loi du 06/01/78 (modifiée

en 2004), vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, en adressant un courrier accompagné d'une copie de votre carte d'identité à :
Afdas, Service qualité,
66 rue Stendhal, CS 32016,
75990 Paris Cedex 20.

Signature

Cadre réservé à l'Afdas (ne pas remplir)

Entreprise | | | | | | | | | |

Fournisseur _____

Stage _____

À compléter par l'organisme de formation (page 3 et 4)

1 Identité

Nom | Raison sociale

Adresse

Code postal

Ville

Téléphone

Télécopie

Site Internet

Courriel

N° de déclaration d'activité

Année de déclaration

N° Siret

Code APE

Type d'organisme

Secteur privé

Secteur public et parapublic

Organisme conventionné

Lequel ?

2 Descriptif du stage

Intitulé du stage

Date de création du stage

Conventionné par l'Afdas

oui

non

Nombre de sessions par an

Nombre de participants par session

Adresse du lieu de formation

Code postal

Ville

Pays

Téléphone

Télécopie

L'inscription au stage se fait sur étude de dossier

à la suite d'un entretien

à la suite d'un examen

à la suite d'une validation des acquis de l'expérience (VAE)

à la suite de tests

à un niveau précis, indiquez lequel

Le candidat est

admis

en attente de résultats

Signalez la date des résultats

Nature de la certification délivrée en fin de stage

3 Diplôme d'Etat

1 Titre ou diplôme homologué ou enregistré au RNCP (Répertoire national des certifications professionnelles)*

Date de publication au J.O.

2 Autre diplôme (d'Université, de la Conférence des grandes écoles, MBA...) Précisez :

Niveau visé au terme de la formation

niveau V CAP-BEP

niveau IV BAC

niveau III BAC +2

niveau II BAC +3 ou 4

niveau I BAC +5 ou plus

4 Attestation ou certificat

* Impératif : Joindre la photocopie de l'attestation de certification au RNCP

3 Calendrier du stage

| Stage théorique en organisme de formation Programmation des heures de cours | | | | | | | | Stage pratique en entreprise <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> obligatoire <input type="checkbox"/> conseillé | | | | | | |
|--|-----------------------------------|---------------|------------------------|---|-------|---|---|---|---|---|--------------------------|---|---|---|
| Heures | Jours | L | M | M | J | V | S | L | M | M | J | V | S | |
| Matin | de | | | | | | | | | | | | | |
| | à | | | | | | | | | | | | | |
| Après-midi | de | | | | | | | | | | | | | |
| | à | | | | | | | | | | | | | |
| Total du nombre d'heures par jour | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Stage théorique en organisme | Date de début | | | | | | Date de fin | | | | | | |
| | Durée | heures | | | jours | | | semaines | | | mois | | | |
| 2 | Stage pratique en entreprise* | Date de début | | | | | | Date de fin | | | | | | |
| | Durée | heures | | | jours | | | semaines | | | mois | | | |
| 1+2 | Stage théorique + stage pratique | Date de début | | | | | | Date de fin | | | | | | |
| | Durée totale du stage hors congés | heures | | | jours | | | semaines | | | mois | | | |
| Fréquence | temps plein (3) | T | temps plein discontinu | | | | S | temps partiel | | P | temps partiel discontinu | | | D |

Indiquez les dates de périodes d'interruption du stage (ponts, jours fériés, congés scolaires, ...)

* Joindre le référentiel de la formation pratique et un emploi du temps détaillé.

Rappel: Une prise en charge peut être envisagée pour les stages pratiques en entreprise obligatoires et ce, dans la limite de 30 % de la durée totale de l'enseignement dispensé en organisme de formation, avec justificatifs du référentiel de la formation.

4 Devis

Coût pédagogique du stage (HT) à l'exclusion de tout autre frais _____ euros

Si d'autres frais sont prévus, indiquez le coût (HT) _____ euros Fournir le détail des frais en annexe

Votre organisme est-il assujéti à la TVA? oui non

Si oui, n° de TVA intracommunautaire | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Certification

Je certifie l'exactitude des renseignements portés sur les pages 3 et 4 du présent document.

Fait à _____

Le _____

Nom et qualité du signataire _____

Téléphone _____

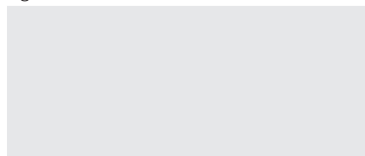
Télécopie _____

Courriel _____

Fait à _____

Le _____

Signature



Les informations recueillies sont nécessaires pour l'enregistrement de la demande. En application de la loi du 06/01/78 (modifiée en 2004), vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, en adressant un courrier accompagné d'une copie de votre carte d'identité à :
Afdas, Service qualité,
66 rue Stendhal, CS 32016,
75 990 Paris Cedex 20.