

FORMULAIRE DE PRISE EN CHARGE
au titre de la formation continue
pour les enseignements organisés par le centre régional Cnam de La REUNION

L'inscription est demandée par :

Nom ou raison sociale de l'employeur :
Adresse :
Code postal : [][][][][][] **Commune :**
Contact : **Courriel :**
Téléphone : [][][][][][][][][][][] **Fax :** [][][][][][][][][][][]
N° Siret : [][][][][][][][][][][][][][][][][] **APE :** [][][][][]

Si l'employeur a demandé la prise en charge directe du coût de la formation à un organisme paritaire, il indique ci-dessous les coordonnées de cet organisme **sans omettre de joindre au dossier la confirmation de prise en charge qui lui a été adressée par cet organisme**. La facture sera adressée directement par le centre régional Cnam de La REUNION à l'OPCA.

Nom de l'organisme :
Adresse :
Code postal : [][][][][][] **Commune :**
Contact : **Courriel :**
Téléphone : [][][][][][][][][][][] **Fax :** [][][][][][][][][][][]
N° Siret : [][][][][][][][][][][][][][][][] **APE :** [][][][][]

Participation de l'OPCA : €, (en lettres).....
 Participation de l'employeur : €, (en lettres).....

ATTENTION : dans l'hypothèse où l'OPCA résilierait, pour quelque motif que ce soit, la prise en charge accordée, l'intégralité des sommes dues au centre régional Cnam de La REUNION devrait être payée par l'employeur de l'auditeur, qui a présenté la demande de prise en charge (dans le cadre de l'application de l'article L.920-9 du code du travail et de l'arrêt de la cour de cassation du 09-03-94 n°1238 D).

Pour Mme Mlle M **Nom :**
Prénom(s) : **Date de naissance :** [][][][][][][][][][][]
Adresse :
Code postal : [][][][][][] **Commune :**
Tél. personnel : [][][][][][][][][][][] **Tél. professionnel :** [][][][][][][][][][][]
Courriel personnel : **Courriel professionnel :**
N° auditeur (si déjà inscrit au Cnam) :

L'employeur déclare avoir pris connaissance des conditions d'organisation et de déroulement de la formation et s'engage à permettre la présence du salarié aux cours et stages organisés.
 Le salarié s'engage à être présent aux cours et stages de la formation.
 L'employeur et le salarié déclarent avoir pris connaissance que cette inscription ne peut être annulée que durant un délai de 10 jours francs à partir de la date de signature du dossier.

L'employeur *Bon pour accord,*
Date, cachet, nom et signature

A
Le [][][][][][][][][][][]

Le salarié *Bon pour accord,*
Date, nom et signature

A
Le [][][][][][][][][][][]

L'inscription du salarié ne sera effective qu'à réception de ce formulaire signé et tamponné par l'entreprise et accompagné du dossier d'inscription dûment complété.