# 

**FICHE ADMINISTRATIVE**

|  |
| --- |
| **INTITULE DE LA FORMATION (obligatoire) :** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOM Prénom :** | | NOM DE NAISSANCE : |
| Date de naissance :       Ville de naissance :       Pays de naissance : | | |
| Nationalité :  N° sécurité sociale :       ***(Joindre copie attestation de droits en cours de validité)*** | | |
| Adresse personnelle : | | |
| Code postal : | Ville : | Pays : |
| Téléphone personnel : | | E-mail : |
| **SITUATION A L’ENTRÉE EN FORMATION** | | |
| **Salarié  Titulaire de la fonction publique**  en CDI  en CDD du      /       /       au      /       /  Poste occupé :       Employeur :  Adresse :  Code postal : .       Ville :       Pays :  Tél :       E-mail :  **Demandeur d’emploi :**  Dernier poste occupé :       Type de contrat :  Durée :       Dernier employeur : Inscrit(e) à Pôle Emploi : OUI A compter du :       /       /       N° identifiant : Agence :       Département :       **(joindre copie de la carte Pôle Emploi** **)**  NON A FAIRE Indemnisé par Pôle Emploi :  **OUI  NON**  ***(si OUI joindre copie notification)***    Bénéficiaire du RSA : **OUI  NON**  ***(si OUI joindre copie notification)***  **Contactez votre conseiller Pôle Emploi ou votre référent RSA**  **Afin de valider le projet de formation et confirmer le maintien des allocations.**  Bénéficiaire d’une autre allocation : **OUI  NON**  ***(si OUI préciser laquelle et joindre copie notification)***  **Autre statut** : *(exposez brièvement votre situation)*    **Etranger :** Date du titre de séjour **:**       /       /       ***(joindre copie de la carte de séjour)***  **L’autorisation de suivre la formation est subordonnée à la signature du contrat ou de la convention de formation professionnelle et au règlement des frais correspondants.**  **L’inscription à l’Université s’effectue au moyen d’un dossier distinct,**  **à demander au Service Formation Continue.** | | |
| **FINANCEMENT ENVISAGE** | | |
| **Financement Région**  Avez-vous suivi une formation financée par la Région depuis moins d'un an ? **OUI  NON**  **Toutes les formations ne sont pas financées par la Région !**  **AIF** (Aide Individuelle à la Formation)  **TRANSTIONS PRO CDD**.  Organisme financeur :  **CPF**  Montant mobilisable à indiquer obligatoirement (€) :  **Contrat de Professionnalisation**  Avez-vous trouvé une entreprise ?  OUI  NON  en cours de discussion  **Pour salarié** TRANSITONS PRO CDI / Organisme financeur :  TRANSITONS PRO CDD / Organisme financeur :  Plan de développement des compétences  CPF \* Nombre d'heures :  PRO-A \*  **Financement AGEFIPH pour travailleur handicapé** **Financement personnel**  **Autre :** *(Profession libérale, artisan… etc.)*  *Ces informations restent internes au Service Formation Continue et ne seront pas communiquées aux équipes pédagogiques.*  **PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP**  **Déclaration de situation d’handicap**  Nécessité d’aménagements (préciser vos besoins) :  Vous serez contacté(e) par la personne Référent Handicap du service de formation continue. | | |
| Je soussigné(e) (nom-prénom) :  atteste l'exactitude des renseignements fournis.  Fait à . Le | | |

## S e r v i c e F o r m a t i o n C o n t i n u e – U n i v e r s i t é d e M o n t p e l l i e r

**S i t e M o n t p e l l i e r N o r d**

99 avenue d'Occitanie

34096 MONTPELLIER cedex 5

Tel : 04 34 43 21 21 Fax : 04 99 58 52 81

**S i t e M o n t p e l l i e r S u d** Espace Richter – Rue Vendémiaire – Bât. E CS 29555 - 34961 MONTPELLIER cedex 2

Tel : 04 34 43 21 21 Fax : 04 34 43 21 90

**w w w . u m o n t p e l l i e r . f r**

**S i t e N î m e s** 8 rue Jules Raimu 30907 NIMES cedex 2

Tel: 04 66 64 95 62 Fax : 04 66 62 85 41