

1, rue du Professeur Laguesse
59000 LILLE
Tél. : 03 20 62 15 59
Fax : 03 20 96 26 13
Courriel : scfc@univ-lille2.fr

DOSSIER D'INSCRIPTION 2015-2016

RESPECTEZ-VOUS VOTRE OBLIGATION DE PROTEGER
VOS EXPATRIÉS ET VOS EMPLOYÉS EN MISSION A L'ÉTRANGER ?

STAGIAIRE

Madame

Mademoiselle

Monsieur

Titre (Dr, Pr, Me...) :

NOM : NOM D'ÉPOUSE :

PRENOM : NATIONALITÉ :

Né(e) le / / à Département

Pays :

Adresse personnelle :

.....

Code postal : / / / / Ville :

Téléphone personnel : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / Téléphone Mobile : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ /

Courriel : @.....

Adresse professionnelle :

.....

Code postal : / / / / Ville :

Téléphone professionnelle : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ /

SITUATION DU STAGIAIRE

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Profession libérale | <input type="checkbox"/> Lycéen (Passe le bac cette année) |
| <input type="checkbox"/> Salarié du secteur public | <input type="checkbox"/> Étudiant (N°I.N.E) : |
| <input type="checkbox"/> Salarié du secteur privé | <input type="checkbox"/> Autre à préciser : |
| <input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi | |

Profession :

interruption de 2 ans, consécutive ou non, du parcours scolaire et/ou universitaire, depuis le : ___ / ___ / ___

PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE DE LA FORMATION

- A titre individuel
- Par l'employeur (compléter les renseignements demandés au verso)
- Par un organisme collecteur de fonds (compléter les renseignements demandés au verso)

PRISE EN CHARGE PAR L'EMPLOYEUR

Nom :

Adresse :

Code postal :

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Ville :

Téléphone : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ /

Fax : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ /

Nom du responsable de formation :

Téléphone : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ /

N° de poste :

Fax : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ /

Courriel :@.....

Activité de l'entreprise :

Code APE :

N° SIRET :

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

N° de TVA intracommunautaire :

Cachet de l'entreprise

Signature de l'employeur

PRISE EN CHARGE PAR UN ORGANISME FINANCEUR

Nom :

Adresse :

Code postal :

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Ville :

Téléphone : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ /

Fax : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ /

N° de TVA intracommunautaire :

Cachet de l'organisme

Signature

PIECES A JOINDRE

- la photocopie d'une pièce d'identité
- le règlement des frais d'inscription
- ou Prise en charge de l'employeur
- ou Prise en charge d'un financeur

SIGNATURE DU STAGIAIRE :

PRISE EN CHARGE FINANCIERE DE LA FORMATION

Vous avez 3 possibilités :

INSCRIPTION A TITRE INDIVIDUEL

Un **contrat** est passé entre **vous** et le **SCFC**.

Dans ce cas, vous prenez votre formation en charge à titre individuel.

Même si vous êtes indemnisé par l'ASSEDIC, l'Etat ou la Région,

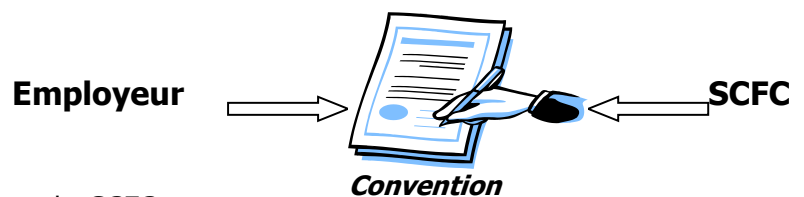
vous devez régler personnellement les frais d'inscription : *l'indemnisation et la prise en charge des frais d'inscription sont deux choses différentes !*



PRISE EN CHARGE PAR L'EMPLOYEUR

Une **convention** est passée entre **votre employeur** et le **SCFC** dans le cadre du plan de formation de votre entreprise.

Dans ce cas, vous ne réglez pas personnellement vos frais d'inscription qui seront payés par votre employeur.



PRISE EN CHARGE PAR UN ORGANISME FINANCEUR

Une **convention** est passée entre un **organisme** et le **SCFC**.

C'est le même principe que pour la prise en charge par l'employeur. Toutefois, dans certaines conditions, il peut vous être demandé de régler vous-même les frais de formation qui vous seront ensuite remboursés directement par l'organisme.

