

Cadre réservé à OETH

Date de réception :

N° établissement :

N° dossier :

N° Association :

Date CPA :

## Dossier de demande de financement : PROFESSIONNALISATION

### Nature de la formation

- FORMATION CUI
  AP - CONTRAT D'APPRENTISSAGE  
 PP - PERIODE DE PROFESSIONNALISATION
  CP - CONTRAT DE PROFESSIONNALISATION

### EMPLOYEUR

Association gestionnaire : \_\_\_\_\_

Raison sociale : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal :  Ville : \_\_\_\_\_

N° de SIRET :

Personne à contacter :  M.  Mme  Mlle

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Tél. :

Fax :

Cadre réservé à l'OETH

Année d'adhésion :

Effectif d'assujettissement :

Taux d'obligation moyen :

Nbre d'handicapés :

CDI :

CDD :

Financements perçus depuis 2006 :

Financements RTH depuis 2001 :

### SALARIÉ

M.  Mme  Mlle

Nom marital : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_ Date de naissance :

Qualification : \_\_\_\_\_

#### Qualité de bénéficiaire du statut de la personne handicapée :

Date de validité, du :  au :

- Reconnaissance de qualité de travailleur handicapé (RQTH)
  Titulaire d'une pension d'invalidité  
 Allocation adulte handicapé (AAH)
  Pensionné de guerre ou assimilé  
 Carte d'invalidité
  Notification CDES  
 Titulaire d'une rente d'accident du travail ou maladie Professionnelle (IPP minimum 10%)

#### NATURE DU CONTRAT DE TRAVAIL

CDI
  CDD
  CAE
  CAV
  AP
  CP
  AUTRES

Date d'embauche ou durée le/du :  au :

Temps de travail hebdomadaire :



**Le dossier ne sera recevable que s'il est complet, daté et signé.**

### PIÈCES A FOURNIR

Formation CUI	Formation Contrat d'apprentissage Contrat de professionnalisation	Période de professionnalisation
<ul style="list-style-type: none"><li>• Le justificatif de statut de bénéficiaire de la Loi n°2005-102 du 11 février 2005 valide au moment de la demande</li><li>• L'exposé de la demande (voir ci-dessus)</li><li>• Le contrat de travail du salarié</li><li>• La convention CUI (<u>Cerfa n°13998*01</u>) <b>signé</b> par Pôle Emploi</li><li>• Devis de l'organisme de formation avec indication de la durée et du coût.</li><li>• Le tableau descriptif des coûts avec prise en charge d'Unifaf (voir ci-dessus)</li><li>• Le formulaire de recueil de l'avis des Instances Représentatives du Personnel (avec nom du bénéficiaire et objet de la demande)</li><li>• Un relevé d'identité bancaire de l'établissement</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Le justificatif de statut de bénéficiaire de la Loi n°2005-102 du 11 février 2005 valide au démarrage de l'action</li><li>• L'exposé de la demande (voir ci-dessus)</li><li>• La convention du contrat de professionnalisation (Cerfa 12434*01) ou du contrat d'apprentissage (Cerfa 10102*03)</li><li>• Un relevé d'identité bancaire de l'établissement</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Le justificatif de statut de bénéficiaire de la Loi n°2005-102 du 11 février 2005 valide au moment de la demande</li><li>• L'exposé de la demande (voir ci-dessus)</li><li>• La convention de formation avec indication du coût</li><li>• Le tableau descriptif des coûts avec prise en charge d'Unifaf (voir ci-dessus)</li><li>• Le formulaire de recueil de l'avis des Instances Représentatives du Personnel (avec nom du bénéficiaire et objet de la demande)</li><li>• La copie du contrat de travail du salarié et le bulletin de salaire du mois de décembre de l'année n-1</li><li>• L'avis du médecin du travail sur la nécessité de la formation et sur le projet de formation</li><li>• L'avis explicite du risque d'inaptitude du Médecin du travail</li><li>• L'accord de principe de formation rédigé par le salarié</li><li>• Un relevé d'identité bancaire de l'établissement</li></ul>

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Nom et qualité du signataire \_\_\_\_\_

Signature et  
cachet de l'établissement

**Dossier complet à retourner à :**

**Association OETH**

**47 rue Eugène Oudiné – 75013 PARIS**

**Tél : 01 40 60 58 58 – Fax : 01 40 60 58 64**



Obligation d'Emploi des Travailleurs Handicapés

FORMULAIRE DE RECUEIL DE L'AVIS DES INSTANCES REPRÉSENTATIVES DU PERSONNEL

Etablissement : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : [ ][ ][ ][ ][ ][ ] Ville : \_\_\_\_\_

Les membres du :

CE ou

CHSCT ou

DP

Donnent un avis favorable à :

Four horizontal lines for text input.

Nom et qualité des signataires :

Signature box with two horizontal lines and the word 'Signature' centered below.

Signature box with two horizontal lines and the word 'Signature' centered below.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

