

## Demande de règlement d'une action de formation au titre du plan de formation

### ADHÉRENTS DE PLUS DE 10 SALARIÉS

N° DOSSIER HABITAT FORMATION  
(si dossier complémentaire)

VOTRE RÉFÉRENCE INTERNE

### L'ORGANISME DE FORMATION

Sa raison sociale : .....

Son n° d'enregistrement :  
(obligatoire)

Son n° de SIRET :  
(obligatoire)

J'atteste sur l'honneur :

- L'exactitude des informations mentionnées dans la présente demande
- Que les stagiaires inscrits au feuillet 2 sont bien salariés de notre entreprise au moment de la formation
- Que, dans le cas de formation hors temps de travail, un accord et un engagement ont été formalisés entre employeur et salariés et que la durée hors temps de travail n'excède pas les plafonds instaurés par la loi.

Nom et fonction : .....

.....

Fait à ..... Le ..... / ..... / 20....

### L'ACTION DE FORMATION

Son intitulé : .....

.....

NOMBRE DE JOURS : ..... JOURS      NOMBRE D'HEURES : ..... HEURES

DATE DE DÉBUT : ..... / ..... / 20...      DATE DE FIN : ..... / ..... / 20...

**SANCTION** :  PAS DE SANCTION       DIPLÔME / TITRE RECONNUS RNCP       AUTRES SANCTIONS

**TYPE** :  INTERENTREPRISES       INTRA       INTERNE       À DISTANCE       PAR CORRESPONDANCE

### LES COFINANCEMENTS

Indiquez, le cas échéant, le cofinancement mobilisé pour la prise en charge :

- PÉRIODE DE PROFESSIONNALISATION       DIF PRIORITAIRE DE BRANCHE
- CONGÉ INDIVIDUEL DE FORMATION (CIF)       ADEC REGIONAL
- PLAN ACTION ENCADREMENT INTERMÉDIAIRE
- AUTRE DISPOSITIF : .....

SIGNATURE ET CACHET DE L'ADHÉRENT

CADRE RÉSERVÉ À HABITAT-FORMATION

DATE DE RÉCEPTION : ..... / ..... / 20....

N° D'ENREGISTREMENT : .....

CODE ADHÉRENT :

ENREGISTRÉ LE : ..... / ..... / 20....

## Les stagiaires

NOM ET PRÉNOM DES STAGIAIRES	NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE (15 chiffres)	TYPE CONTRAT TRAVAIL	FONCTION	QUALIFICATION SALARIÉ				ORGANISATION DU TEMPS DE LA FORMATION (en heures)				CATÉGORIE DU PLAN DE FORMATION 1. ou 2.
				OUVRIER	EMPLOYÉ	AGENT DE MAÎTRISE	INGENIEUR CADRE	FORMATION SUR TEMPS DE TRAVAIL		FORMATION HORS TEMPS DE TRAVAIL		
								TOTAL HEURES	DONT DIF	TOTAL HEURES	DONT DIF	
1.												
2.												
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												

**1. Les factures de l'organisme de formation**

À RÉGLER :  À L'ADHÉRENT  À L'ORGANISME DE FORMATION

RÉFÉRENCES DES FACTURES	FORMATION	REPAS STAGIAIRES	LOCATION DE SALLE	LOCATION DE MATÉRIEL	DIVERS
<b>SOUS-TOTAL</b>					

**TOTAL :**

**3. Les autres coûts annexes**

À RÉGLER :  À L'ADHÉRENT  AUX FOURNISSEURS

NOM DES FOURNISSEURS	HÉBERGEMENT ET / OU REPAS	TRANSPORT	LOCATION DE SALLE	LOCATION DE MATÉRIEL	DIVERS
<b>SOUS-TOTAL</b>					

**TOTAL :**

**2. Les notes de frais des stagiaires**

À RÉGLER :  À L'ADHÉRENT  AUX STAGIAIRES

NOMS DES STAGIAIRES	REPAS	HÉBERGEMENT ET REPAS	TRANSPORT	DIVERS
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
<b>SOUS-TOTAL</b>				

**TOTAL :**

**4. Les rémunérations**

À RÉGLER : À L'ADHÉRENT

NOMS DES STAGIAIRES	RÉMUNÉRATION TEMPS DE TRAVAIL	RÉMUNÉRATION HORS TEMPS DE TRAVAIL (taux normal)	ALLOCATION DE FORMATION
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
<b>SOUS-TOTAL</b>			

**TOTAL :**