

## DOSSIER INDIVIDUEL SEFCA

Intitulé de la formation : .....

Année universitaire 2022-2023

J'autorise le SEFCA à utiliser mon adresse électronique pour m'informer des nouvelles offres de formation : Oui  Non 

## ETAT CIVIL

Monsieur  Madame 

Nom : .....

Nom de jeune fille : .....

Prénom : .....

Numéro Etudiant : .....

(Si déjà inscrit à l'université de Bourgogne)

Numéro INE : .....

ou numéro BEA (inscrit sur relevé de notes du BAC / recherche sur SIBAC possible).

Né(e) le : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ Âge : ..... Commune de naissance : .....

Département ou Pays : .....

Nationalité : Française  Union Européenne  Autre  (précisez) .....

Adresse : .....

Code postal : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ Ville : .....

Portable : ..... Courriel : .....

Reconnu(e) comme travailleur handicapé (Reconnaissance RQTH) : Oui  Non 1 photo d'identité  
à coller

## REGLEMENT INTERIEUR DU SEFCA

Ce document est téléchargeable sur le site du SEFCA, dans la rubrique infos pratiques, à l'adresse suivante [https://sefca.u-bourgogne.fr/images/stories/R%C3%A8glement\\_Int%C3%A9rieur\\_Sefca\\_CA\\_13122021.pdf](https://sefca.u-bourgogne.fr/images/stories/R%C3%A8glement_Int%C3%A9rieur_Sefca_CA_13122021.pdf)

ou peut vous être délivré sur simple demande auprès de votre correspondant au SEFCA.

Je soussigné(e) certifie avoir eu connaissance du règlement intérieur du SEFCA.

Dijon, le : .....

Signature :

## VOTRE STATUT

Dans le cadre de votre formation vous serez :

- Contrat de Professionnalisation CP** (remplir les pages **1, 2, 3** et **6** uniquement)
- Contrat d'Apprentissage CA** (remplir les pages **1, 2, 3** et **6** uniquement)
- Formation Continue** ou **PRO-A** (remplir les pages **1, 4** et **5** uniquement) *Sont concernées les personnes en reprise d'études (Pôle Emploi, salariés via leur entreprise, CPF, Transition Pro, autofinancement...)*

Comment avez-vous eu connaissance de la formation ?

- Site internet SEFCA     Site internet uB     Presse     Salons     Journée portes uB
- Bouche à oreille     Autre ? Précisez : .....

**Page à ne faire remplir que si vous êtes en :**

**ALTERNANCE (CONTRAT DE PROFESSIONNALISATION ou CONTRAT D'APPRENTISSAGE)**

**STRUCTURE D'ACCUEIL**

Dates du contrat d'alternance : Du..... Au.....

Nom de l'entreprise : .....

Adresse : .....

Code postal : \_/ \_/ \_/ \_/ \_/ Ville : .....

Téléphone : ..... Courriel générique de l'entreprise : .....

**Numéro SIRET (obligatoire) :** ..... **NAF ou APE :** .....

Organisme : Privé  Public  **Code IDCC (identifiant de convention collective) :** .....

**BON DE COMMANDE/ENGAGEMENT (CHORUS) :** Oui  Non

*Indispensable pour la facturation, bon de commande ou code service et numéro d'engagement (établissements publics) à nous transmettre par mail à la réception de la convention de formation.*

Correspondant (personne en charge du suivi de l'alternant) :

Nom : ..... Prénom : ..... Téléphone : .....

Fonction : ..... Mail : .....

**REmplir les ou l'un des cadres suivant si différent de la structure d'ACCUEIL :**

**STRUCTURE SIGNATAIRE DE LA CONVENTION**

Nom de l'entreprise : .....

Adresse : .....

Code postal : \_/ \_/ \_/ \_/ \_/ Ville : .....

Téléphone : ..... Courriel : .....

NAF ou APE : ..... **Numéro SIRET (obligatoire) :** ..... **IDCC :** .....

**STRUCTURE DESTINATAIRE DE LA FACTURE**

Nom de l'entreprise : .....

Adresse : .....

Code postal : \_/ \_/ \_/ \_/ \_/ Ville : .....

Téléphone : ..... Courriel : .....

NAF ou APE : ..... **Numéro SIRET (obligatoire) :** ..... **IDCC :** .....

**STRUCTURE PAYEUSE**

Nom de l'entreprise : .....

Adresse : .....

Code postal : \_/ \_/ \_/ \_/ \_/ Ville : .....

Téléphone : ..... Courriel : .....

NAF ou APE : ..... **Numéro SIRET (obligatoire) :** ..... **IDCC :** .....

Page à ne faire remplir que si vous êtes en :

**ALTERNANCE (CONTRAT DE PROFESSIONNALISATION ou CONTRAT D'APPRENTISSAGE)**

### FINANCEMENT SUPPORTÉ PAR L'OPCO, ORGANISME FINANCEUR

**A remplir par votre employeur**

Nom de l'OPCO : .....

Adresse : .....

Code postal : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ Ville : .....

Téléphone : ..... Courriel : .....

Correspondant au sein de l'OPCO : .....

Demande de prise en charge par l'OPCO envoyée le :

(au plus tard, dans la semaine de signature du contrat d'apprentissage)

Si la prise en charge de l'organisme financeur ne nous est pas parvenu dans les **trois mois** suivants le début de la formation, la facture sera alors adressée à l'employeur qui devra la régler et se faire rembourser par son OPCO.

**MERCI DE BIEN VOULOIR NOUS FAIRE PARVENIR LA COPIE DE LA PRISE EN CHARGE DE VOTRE ORGANISME FINANCEUR DÈS RÉCEPTION.**

### CERFA CONTRAT D'APPRENTISSAGE

**Pour votre information, aucune convention de formation ne pourra être éditée sans le retour du CERFA dûment complété par votre entreprise. La convention se fera qu'après vérification et signature de TOUTES LES PARTIES.**

### VOTRE STATUT LORS DES ANNÉES PRÉCÉDENTES

**Votre statut en 2020-2021 :**

- Formation Initiale       Contrat de Professionnalisation       Contrat d'Apprentissage  
 Formation Continue :       Autre précisez : .....

**Votre statut en 2021-2022 :**

- Formation Initiale       Contrat de Professionnalisation       Contrat d'Apprentissage  
 Formation Continue :       Autre précisez : .....

**La succession de contrat en alternance est règlementée et limitée**

**Page à ne faire remplir que si vous êtes en :****FORMATION CONTINUE ou en PRO A (1/2)**

Merci de reporter votre NOM et Prénom : .....

**IMPORTANT : Même si vous êtes en attente d'une prise en charge merci de renseigner les cadres 1 et 2 ci-dessous.****COMPTE PERSONNEL DE FORMATION (CPF)**Souhaiteriez-vous mobiliser votre CPF : Oui  Non  Montant : ..... Euros**Attention, merci de vérifier au préalable l'éligibilité de la formation au CPF auprès des équipes du SEFCA.****DEMANDEUR D'EMPLOI**

Agence locale pour l'emploi dont vous dépendez : .....

Numéro identifiant Pôle-Emploi (PE) : .....

Date inscription PE : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ Date de fin du dernier contrat de travail : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

Disposez-vous d'une allocation (ARE, RSA, ASP, autres) ? .....

**SI VOUS BÉNÉFICIEZ D'UNE PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE MERCI DE REMPLIR LE CADRE N°3 (de la Page 5)****FINANCEMENT SUPPORTÉ PAR LE STAGIAIRE (CADRE 1)****À remplir si vous réglez la totalité ou partiellement la formation.**En totalité  En partie\* *\* Renseigner le financement de l'employeur (cadre 2) ou de l'organisme financeur (cadre 3)*Montant des droits d'inscription :  euros*Tarifs 2021/2022 (ces tarifs peuvent évoluer pour la rentrée prochaine) :**BUT et Licence et Licence Pro : 170 € DU : 184 € Masters (M1 ou M2) : 243 € Diplôme Ingénieur : 601 €*Montant des frais de formation pris en charge par le stagiaire :  euros**Merci d'attendre la réception de votre facture avant de procéder au règlement des frais de formation.****Date :****Signature obligatoire :****FINANCEMENT SUPPORTÉ PAR L'EMPLOYEUR (CADRE 2)**En totalité  En partie\* *\* Renseigner le financement du stagiaire (cadre 1)*Montant des droits d'inscription pris en charge :  eurosTarifs 2021/2022 (ces tarifs peuvent évoluer pour la rentrée prochaine) : *170 €: BUT et Licence**243 €: Masters (M1 et M2)**601 €: Diplôme Ingénieur*

Montant des frais de formation pris en charge par l'employeur : \_\_\_\_\_ euros

**Date :****Signature obligatoire :****Cachet obligatoire**

**Page à ne faire remplir que si vous êtes en :**  
**FORMATION CONTINUE ou en PRO A (2/2)**

**Coordonnées de l'Employeur**

À remplir **OBLIGATOIREMENT** pour les **salariés**, même si prise en charge financière par un autre organisme.

Nom de l'entreprise : .....

Adresse : .....

Code postal :   /  /  /  /   Ville : .....

Téléphone : ..... Courriel générique de l'entreprise : .....

**Numéro SIRET (obligatoire) :** ..... **NAF ou APE :** .....

Organisme : Privé  Public  **Code IDCC (identifiant de convention collective) :** .....

**BON DE COMMANDE/ENGAGEMENT (CHORUS) :** Oui  Non

*Indispensable pour la facturation, bon de commande ou code service et numéro d'engagement (établissements publics) à nous transmettre par mail à la réception de la convention de formation.*

Correspondant (personne en charge du suivi de l'alternant) :

Nom : ..... Prénom : ..... Téléphone : .....

Fonction : ..... Mail : .....

**FINANCEMENT SUPPORTÉ PAR UN ORGANISME FINANCEUR (CADRE 3)**

Nom : .....

Adresse : .....

Code postal :   /  /  /  /   Ville : .....

Téléphone : .....

Courriel : .....

Correspondant : .....

**(La demande de prise en charge par l'OPCO doit être envoyée au plus tard, dans la semaine d'ouverture de la formation)**

**Si la prise en charge de l'organisme financeur ne nous est pas parvenu dans les **trois mois** suivants le début de la formation, la facture sera alors adressée à l'employeur qui devra la régler et se faire rembourser par son OPCO.**

**MERCI DE BIEN VOULOIR JOINDRE À CE DOSSIER LA COPIE DE LA PRISE EN CHARGE DE VOTRE ORGANISME FINANCEUR. À DÉFAUT, MERCI DE NOUS LA FAIRE PARVENIR DÈS RÉCEPTION.**

*Les informations recueillies dans ce dossier font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion administrative et pédagogique des étudiants. Les destinataires des données sont les services de l'université. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir la communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser au Service Commun de Formations Continue et par Alternance.*

## ANNEXE - FICHE MISSIONS ALTERNANCE

## MISSIONS CONFIEES A L'ALTERNANT

Dans le cadre de la certification Qualiopi, merci de nous communiquer les missions qui seront confiées à l'alternant(e) ou de nous retourner une fiche de poste :

-  
-  
-  
-  
-  
-  
-  
-

## TUTEUR/ALTERNANT

**MAITRE D'APPRENTISSAGE/ TUTEUR**  
**ENTREPRISE :**

NOM Prénom :  
Adresse Mail :  
Date :  
Cachet et signature :

**ALTERNANT**

NOM Prénom :  
Date :  
Signature :

AVIS DU RESPONSABLE PEDAGOGIQUE<sup>1</sup>

Missions Validées  Missions non Validées  Missions Validées sous réserves<sup>2</sup>

Remarques / Demandes d'aménagement :

<sup>1</sup> Cadre réservé à l'administration

<sup>2</sup> Réserves : demande d'aménagement pour correspondance aux objectifs de formation