

ATTESTATION DE PRÉSENCE ET DE PAIEMENT

NOM et PRENOM du stagiaire : _____

N° DOSSIER : / /

Intitulé de la formation : _____

Date de début de formation : _____

Date de fin de formation : _____

MOIS : _____ ANNEE : 20 _____

A REMPLIR OBLIGATOIREMENT POUR CHAQUE JOUR

DATE	LE CENTRE DE FORMATION		L'EMPLOYEUR
	Nombre d'heures théoriques	Nombre d'heures de stage en entreprise	Nombre d'heures d'absence au poste
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
Total du mois	H(1)	H	H(2)

STAGE EN ENTREPRISE

Nom et Adresse de l'entreprise d'accueil

A REMPLIR PAR L'ORGANISME DE FORMATION
FACTURATION DES FRAIS DE FORMATION
(cocher l'option choisie)

 Facturation mensuelle N° de facture du centre

Nombre d'heures de formation théorique (1) _____

 Taux horaire TTC pris en charge (3) _____
(voir doc. Modalités de notre prise en charge)

 Montant demandé TTC (1 x 3) _____
dont TVA _____ Euros

 Dernière facture : OUI NON

 Envoi d'une seule facture séparée en fin de formation
A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR
REMBOURSEMENT DE SALAIRE
(joindre le bulletin de salaire du mois)

Horaire mensuel (a) _____

Salaire mensuel brut (b) _____

 Quote-part de Congés Payés 1/10^{ème} (c) _____

Quote-part pour Primes annuelles (d) _____

TOTAL (e) = (b) + (c) + (d) _____

Taux de Charges Patronales en % (f) _____

TOTAL (g) = (e) x (f) _____

TOTAL (h) = (g) + (e) _____

Nombre d'heures d'absence au poste (2) (i) _____

 Montant du remboursement demandé
(j) = (h) x (i) / horaire mensuel (a) _____

Maintien du salaire à 100 % ou 90 % _____

S'il s'agit du dernier règlement, cochez
Réservé au FONGECIF – Frais de TRANSPORT

Jours de formation x montant journalier _____

TOTAL à rembourser : _____

Les signataires certifient l'exactitude des éléments mentionnés

Représentant du Centre de Formation
Nom - Date - Cachet - Signature

Représentant de l'Employeur
Nom - Date - Cachet - Signature

Le Stagiaire
Nom - Date - Signature

NOTICE EXPLICATIVE

**IL EST IMPERATIF DE RENSEIGNER ET FAIRE SUIVRE CE DOCUMENT
DES LE 1^{ER} JOUR DU MOIS SUIVANT LE MOIS CONSIDERE**

ORGANISME DE FORMATION

Chaque mois, vous devez :

- **compléter** le tableau des heures de présence en formation et en stage pratique,
- **indiquer** le nom et les coordonnées de l'entreprise d'accueil en stage pratique,
- **facturer** les heures de formation (1) selon le coût horaire (3) défini lors de l'acceptation du dossier,
- **dater, signer et apposer** votre cachet,
- **faire signer** le stagiaire,
- **adresser** l'original de ce document :

à l'employeur	au Fongecif Alsace <i>avant le 5 du mois suivant</i>
Pour les salariés en cours de contrat de travail (CIF CDI)	Pour les salariés rémunérés par le Fongecif Alsace (CIF CDD)

EMPLOYEUR

Dès réception de l'attestation, vous devez aussitôt :

- **compléter** les heures d'absences au poste de travail (2),
- **indiquer** les éléments de salaire permettant le remboursement du salaire,
- **joindre** la fiche de paie du mois concerné,
- **dater, signer et transmettre** au plus vite, le document original au Fongecif Alsace.

IMPORTANT

Dès réception de ce document dûment complété, le Fongecif Alsace procédera au règlement des frais de formation, des frais de transport et des salaires.

Tout document incomplet sera retourné.

Pour toute question, vous pouvez joindre notre service gestion au 03 89 20 24 31 ou 03 89 20 17 51

Vous pouvez télécharger ce document sur notre site : www.fongecif-alsace.com

