



Nom de l'Institut IFSI POLE SANTE SARTHE ET LOIR.

SiteLA FLECHE.....

Cachet de l'Institut de formation

Nom de l'étudiant :

Prénom de l'étudiant :

Année d'études :

Rentrée année 2020/2021

Formation Post Bac – institut public

Éligibilité au financement des coûts de formation

Préambule

A la suite de votre admission, vous venez de confirmer votre entrée pour la session de formation qui doit débiter prochainement.

La Région des Pays de la Loire assure la prise en charge des frais de formation pour les étudiants admis **dans un institut public de formation ligérien** préparant un diplôme d'Etat (en soins infirmiers, de masseur-kinésithérapeute, d'ergothérapeute, de manipulateur électroradiologie et de sage-femme), **sous réserve du respect des conditions d'éligibilité** au financement régional.

Sont ainsi éligibles à la prise en charge des coûts pédagogiques par la Région des Pays de la Loire (à l'exception des droits d'inscription dans l'institut, de la contribution à la vie étudiante et de campus, frais de tenue et d'éventuels frais facultatifs) les personnes en poursuite de scolarité, ainsi que les demandeurs d'emploi.

Ne sont pas éligibles à cette prise en charge, et doivent donc acquitter les coûts de formation :

- **les salariés en cours d'emploi, les travailleurs non-salariés, les auto-entrepreneurs,**
- **les fonctionnaires** stagiaires ou titulaires pris en charge par leur administration ou un fonds de formation, en disponibilité ou dans une autre position statutaire, en congé sans traitement,...
- **les personnes bénéficiant d'une prise en charge** des frais pédagogiques **par un autre dispositif** (handicap, allocation d'étude,...),
- **les personnes en congé parental,**
- **les étudiants hors quotas et hors capacités d'accueil agréées par la Région** (ex : les personnes titulaires d'un diplôme étranger en reconnaissance de diplômes, les auditeurs libres, les personnes sélectionnées selon des dispositions dites de hors quotas : droit au remord, sportif de haut niveau...) **ou les étudiants bénéficiant de procédures particulières de passerelles** leur permettant d'accéder directement à une seconde, troisième, quatrième année en raison de titres, diplômes d'enseignement supérieur déjà possédés,
- **les personnes non libres de tout engagement professionnel** à l'entrée en formation.

Sont également exclus de ce dispositif les étudiants qui souhaitent réaliser deux formations sanitaires et sociales, de même niveau et/ou de même durée, sans respecter un **délai de carence de 2 ans** minimum entre le terme de la formation sanitaire et sociale précédente et la date d'entrée dans la nouvelle formation.

Afin d'apprécier votre situation personnelle, il vous est demandé de compléter le questionnaire ci-après et de justifier de votre situation. Sur la base de ces éléments, au nom de la Région des Pays de la Loire, la direction de l'institut de formation vous notifiera la prise en charge ou non des coûts de formation.

ETAT CIVIL

Madame Monsieur

Nom d'usage : Nom de naissance (patronymique) :

Prénom :

Date de Naissance : ____ / ____ / ____ Lieu de Naissance :

N° rue ou lieu-dit :

Code Postal : Ville :

Téléphone : Courriel :

- Je suis admis(e) :
- sur Parcoursup
 - sur la sélection ou concours spécial
 - autres (report d'entrée ...) :

NB - Il est possible de cocher plusieurs situations (exemples : j'ai eu mon bac et je travaille en CDD, je suis inscrit comme demandeur d'emploi et je travaille en CDD).

| Situation avant l'entrée en formation | Pièces à fournir selon votre situation |
|--|--|
| <p>Pour tous les candidats <i>Le curriculum vitae doit préciser les formations (initiale et / ou continue), les activités professionnelles éventuelles en cours ou dans les mois précédents la rentrée</i></p> | <p>Curriculum vitae <i>(datant de moins de 3 mois)</i> obligatoire</p> |
| <p>Situation scolaire</p> <p><input type="checkbox"/> En poursuite de scolarité : Formation suivie : Dernier établissement scolaire fréquenté : Date d'entrée/...../..... Date de sortie/...../.....</p> | <p><i>Copie du diplôme ou certificat de scolarité</i></p> |
| <p><input type="checkbox"/> J'ai suivi une formation en 2019/2020 à la « Préparation au concours » ou de « découverte des métiers du sanitaire et du social »</p> | <p><i>L'attestation de formation</i></p> |
| <p><input type="checkbox"/> J'ai suivi une formation supérieure sanitaire ou sociale de même niveau et ou de même durée</p> <p><input type="checkbox"/> Nom du diplôme : Date d'obtention : ... / ... /</p> <p><input type="checkbox"/> Sous quel statut : Financé par :</p> | <p><i>Copie du diplôme</i></p> |
| <p>Situation professionnelle</p> <p><input type="checkbox"/> Entre janvier et septembre 2020, j'ai eu ou j'ai encore une activité professionnelle</p> <p><input type="checkbox"/> Dans le secteur privé ou public</p> <p><input type="checkbox"/> en intérim <input type="checkbox"/> en CDD <input type="checkbox"/> en CDDU (CDD dit d'usage)</p> <p>Contrat commencé le / / Et se termine le / /</p> <p>Ou s'est terminé le / /</p> <p><input type="checkbox"/> en CDI</p> <p>Depuis le / / Nombres d'heures / hebdomadaires :</p> <p>J'ai fait une demande de prise en charge par :</p> <p><input type="checkbox"/> le congé individuel de formation (CIF CDI ou CIF CDD) ou Compte personnel de formation de Transition professionnelle</p> <p><input type="checkbox"/> dans le cadre des actions de formation de reconversion/promotion ou contrat de professionnalisation</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> | <p><i>Contrat(s) de travail CDI ou CDD ou de mission d'intérim</i></p> <p><i>Copie de la notification de l'organisme prenant en charge votre formation (opérateurs de compétences ou par la commission paritaire interprofessionnelle régionale)</i></p> |
| <p><input type="checkbox"/> Titulaire ou stagiaire de la fonction publique</p> <p><input type="checkbox"/> territorial <input type="checkbox"/> hospitalier <input type="checkbox"/> Etat</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai fait une demande de congé de formation professionnelle : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai fait une demande de rupture conventionnelle : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>pour laquelle j'ai obtenu une réponse : <input type="checkbox"/> favorable <input type="checkbox"/> défavorable</p> <p><input type="checkbox"/> en disponibilité ou dans une autre position statutaire :</p> | <p><i>Arrêté de nomination et notification de l'organisme prenant en charge votre formation</i></p> <p><i>ou arrêté de mise en disponibilité ou autres positions...</i></p> |

| | |
|--|---|
| <p><input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi</p> <p><input type="checkbox"/> Je suis demandeur d'emploi Inscrit depuis le :/...../.....</p> <p><input type="checkbox"/> Indemnisé(e) par Pôle Emploi <input type="checkbox"/> Indemnisé (e) par un autre fonds d'assurance chômage <input type="checkbox"/> Non indemnisé(e)</p> <p><input type="checkbox"/> J'envisage de m'inscrire à Pôle Emploi compte tenu d'une activité professionnelle actuelle permettant d'enclencher un droit à indemnisation</p> | <p><i>Carte récente de Pôle Emploi, notification d'accord ou de refus d'indemnisation du Pôle Emploi ou d'un autre fonds d'assurance chômage</i></p> |
| <p><input type="checkbox"/> Autres situations</p> <p>Je suis dans une autre situation :</p> <p><input type="checkbox"/> en disponibilité, en congé parental, en congé maternité,</p> <p><input type="checkbox"/> en parcours emploi compétences (PEC) prescrit dans le cadre d'un CUI-CAE</p> <p><input type="checkbox"/> démissionnaire d'un CDI ou d'un emploi public. ⇒ J'ai déposé une demande pour l'accès à une indemnisation chômage en raison de la démission, j'ai reçu un avis de la commission paritaire interprofessionnelle <input type="checkbox"/> favorable <input type="checkbox"/> défavorable <input type="checkbox"/> en attente de décision</p> <p><input type="checkbox"/> avec une reconnaissance de Travailleur Handicapé J'ai sollicité l'AGEFIPH : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non pour laquelle j'ai obtenu une réponse : <input type="checkbox"/> favorable <input type="checkbox"/> défavorable</p> <p><input type="checkbox"/> bénéficiaire d'une allocation d'étude versée par un centre hospitalier ou un autre employeur</p> <p><input type="checkbox"/> autre situation :</p> | <p><i>Courrier de l'employeur justifiant ce statut et/ou</i></p> <p><i>Copie du contrat de travail et/ou</i></p> <p><i>Copie de la lettre de démission et réponse employeur et/ou</i></p> <p><i>Copie de l'avis pour l'indemnisation</i></p> <p><i>Copie de la demande auprès de l'AGEFIPH et la réponse et/ou</i></p> <p><i>Courrier d'attribution d'une bourse d'étude et/ou</i></p> <p><i>Autre justificatif</i></p> |

M....., certifie l'exactitude de tous les renseignements portés sur ce formulaire sachant que toute erreur ou omission dans ces renseignements peut entraîner le rejet ou le retrait de l'aide accordée par la Région des Pays de la Loire.

Je m'engage à signaler, auprès de l'Institut, tout changement dans ma situation.

Fait à, le
Signature du demandeur précédée de la mention « Lu et approuvé » :

Avertissement - Sanction en cas de fausse déclaration :
Est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende le fait de fournir sciemment une fausse déclaration ou une déclaration incomplète en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir, de faire obtenir ou de tenter de faire obtenir d'une personne publique, d'un organisme de protection sociale ou d'un organisme chargé d'une mission de service public une allocation, une prestation, un paiement ou un avantage indu (article 441-6 du code pénal).

Au moment de l'admission, au vu des renseignements et justificatifs fournis par M

M, Directeur de l'Institut, certifie que :

Cet(te) étudiant(e) :

- remplit les conditions pour bénéficier du financement régional des coûts de formation,
- ne peut bénéficier du financement régional des coûts de formation,
- demande un examen de ce dossier par les services de la Région des Pays de la Loire au regard d'une situation particulière.

Le ____ / ____ / _____

Signature du directeur de l'institut de formation :

Cachet de l'institut :

Statut définitif au : ____ / ____ / _____ :

- Eligible au financement régional
- Non éligible au financement régional

Les informations recueillies dans ce document seront conservées par l'institut de formation qui vous accueille et pourront faire l'objet d'un traitement par les services régionaux dans le cadre de vérification de la prise en charge des coûts de formation.

Pour tout renseignement, contactez la direction de l'institut de formation, auprès duquel vous pourrez également exercer vos droits (accès, modification, oubli, opposition, portabilité...) aux informations vous concernant, qui seront conservées pendant 10 ans conformément à la loi « Informatique et Libertés » et au RGPD applicable depuis le 25 mai 2018.