

## RENTREE 2024

*Éligibilité au financement total ou partiel des coûts de formation  
par la Région des Pays de la Loire*

La Région des Pays de la Loire prévoit une prise en charge partielle ou totale des coûts de formation pour les personnes éligibles en **poursuite de scolarité** et celles à la **recherche d'un emploi sous réserve du respect de certaines conditions**. Des délais de carence s'appliquent, par ailleurs, entre deux formations sanitaires et sociales financées par la Région.

Votre institut de formation tient à votre disposition le **Règlement d'éligibilité**. Votre éligibilité sera appréciée en fonction du présent **questionnaire** et des **justificatifs** apportés. La direction de l'institut de formation, au nom de la Région des Pays de la Loire, vous notifiera la prise en charge ou non des coûts de formation.

**Votre institut est votre seul interlocuteur pour toutes les questions relatives à l'éligibilité au financement total ou partiel des coûts de formation.**

Institut de formation : .....

Site : .....

Formation : .....

Année d'étude (cycle de formation) : .....

Date de rentrée : .....

**Cachet de l'institut**

Nom de l'élève/étudiant :  
.....

Prénom de l'élève/étudiant :  
.....

*Seules les personnes éligibles à la prise en charge partielle ou totale des frais de formation peuvent bénéficier, si elles en respectent les critères d'attribution, des aides aux conditions de vie attribuées par la Région (bourses, rémunération publique de stage...).*

### ETAT CIVIL

Madame  Monsieur

Nom d'usage : .....

Nom de naissance (patronymique) : .....

Prénom(s) : .....

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Courriel : .....

Je suis admis(e) :

sur la liste principale,

sur la liste complémentaire,

via Parcoursup,

à l'issue de la sélection spéciale

autres (report d'entrée ...) : .....

| Situation avant l'entrée en formation  | Pièces à fournir selon votre situation  |
|--|---|
| <p><b>Pour tous les candidats</b><br/> <i>Le curriculum vitae doit préciser les formations, les activités professionnelles</i></p>   | <p><b>Curriculum Vitae</b><br/> <i>(de moins de 3 mois)</i></p>   |
| <p><b>Situation scolaire</b></p> <p><input type="checkbox"/> En poursuite de scolarité :</p> <p>Formation suivie : .....</p> <p>Dernier établissement scolaire fréquenté : .....</p> <p>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 sanitaire ou sociale de même niveau et ou de même durée</p> <p>Nom du diplôme : ..... Date d'obtention : ..... / ..... / .....</p> <p>Sous quel statut : ..... financée par : .....</p> <p>Date d'entrée ..... / ..... / ..... - Date de sortie ..... / ..... / .....</p>   | <p><i>Copie du diplôme</i></p>  |
| <p><b>Situation professionnelle</b></p>  |   |
| <p><input type="checkbox"/> à la date de la rentrée, ma situation professionnelle :</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Dans le secteur privé ou public</b></p> <p><input type="checkbox"/> en intérim</p> <p><input type="checkbox"/> en CDD    <input type="checkbox"/> en CDDU (CDD dit d'usage)</p> <p>    Début du contrat le ..... / ..... / ..... – Fin du contrat le ..... / ..... / .....</p> <p><input type="checkbox"/> en CDI - Depuis le ..... / ..... / .....</p> <p><b>Nombres d'heures / hebdomadaires : .....</b></p> <p>J'ai fait une demande de prise en charge par :</p> <p><input type="checkbox"/> le Compte personnel de formation de Transition professionnelle</p> <p><input type="checkbox"/> auprès de mon employeur : .....</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</i></p> <p><i>Copie de la notification de l'organisme prenant en charge votre formation (opérateurs de compétence, association transitions pro)</i></p> |
| <p><input type="checkbox"/> <b>Titulaire ou stagiaire de la fonction publique</b></p> <p><input type="checkbox"/> territoriale            <input type="checkbox"/> hospitalière            <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>         |

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Personne à la recherche d'un emploi</b><br><input type="checkbox"/> Je suis à la recherche d'un emploi<br>Inscrit à <input type="checkbox"/> France Travail<br><input type="checkbox"/> Autres – Précisez .....<br>depuis le : ..... / ..... / .....<br><br><input type="checkbox"/> Indemnisé(e) par France Travail<br><input type="checkbox"/> Indemnisé (e) par un autre fonds d'assurance chômage<br><input type="checkbox"/> Non indemnisé(e)<br><br><input type="checkbox"/> J'envisage de m'inscrire à France Travail compte tenu d'une activité professionnelle actuelle permettant d'enclencher un droit à indemnisation avant le jour d'entrée en formation fixée le ..... / ..... / ..... | <i>Attestation, notification d'accord ou de refus d'indemnisation de France Travail ou d'un autre fonds d'assurance chômage</i> |
|--|---|

|  |  |
|--|--|
| <b>Autres situations</b>   |  |
| Je suis dans une autre situation :<br><br><input type="checkbox"/> en congé parental, en congé maternité,<br><br><input type="checkbox"/> en parcours emploi compétences (PEC),<br><br><input type="checkbox"/> démissionnaire d'un CDI ou d'un emploi public.<br>⇒ 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 auprès de l'association Transitions Pro Pays de la Loire<br><input type="checkbox"/> favorable <input type="checkbox"/> défavorable <input type="checkbox"/> en attente de décision<br><br><input type="checkbox"/> bénéficiaire d'une allocation d'étude versée par un centre hospitalier ou un autre employeur couvrant les frais de formation et apportant une rémunération<br><br><input type="checkbox"/> autre situation : ..... | <i>Courrier de l'employeur justifiant ce statut et/ou copie du contrat de travail et/ou Copie de rupture du contrat (démission, rupture conventionnelle, fin de CDD...)</i><br><br><i>et réponse employeur et/ou Copie de l'avis pour l'indemnisation et/ou Courrier d'attribution d'une bourse d'étude et/ou Autre justificatif</i> |

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

↗ **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).**

Mme / M. ...., certifie l'exactitude des 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 » :**

Au moment de l'admission, au vu des renseignements et justificatifs fournis, M./Mme .....,  
directeur/directrice de l'institut, certifie que M. / Mme .....

- 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 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Cachet de l'institut :

Signature du directeur de l'institut de formation :

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 ainsi qu'à des fins administratives et statistiques.***

***Vous pouvez vous référer à la note d'information relative au RGPD jointe aux documents d'inscription.***