Rémunération en vacations - Formation continue

CADRE 1 IDENTIFICATION

N° NUMEN : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

N° INSEE : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

M. ☐ Mme ☐

Nom..... Prénom.....

Nom de jeune fille..... Date de naissance.....

Nationalité..... Pays de naissance.....

Commune de naissance.....

Adresse personnelle.....

.....

Code postal |_|_|_|_|_| Ville .....

Pays de résidence.....

Compléter le cadre 1

N° INSEE = N° sécurité sociale

CADRE 2 PROFESSION

ÉDUCATION NATIONALE ☐

ÉTABLISSEMENT D'EXERCICE ET ADRESSE : .....

.....

.....

TITULAIRE ☐
CONTRACTUEL ☐
VACATAIRE ☐
AUTRE (à préciser) .....

PERSONNEL EXERÇANT AU SEIN DE LA FONCTION PUBLIQUE

AUTRE FONCTION PUBLIQUE D'ÉTAT ☐

ADRESSE EMPLOYEUR : .....

.....

.....

TITULAIRE ☐
CONTRACTUEL ☐
VACATAIRE ☐
AUTRE (à préciser) .....

PERSONNEL EXERÇANT HORS FONCTION PUBLIQUE

EMPLOYEUR ET ADRESSE.....

PROFESSION LIBÉRALE ☐ CHEF D'ENTREPRISE ☐ ARTISAN ☐ SALARIÉ ☐
INTERMITTENT DU SPECTACLE ☐ RETRAITÉ - 65 ans ☐ RETRAITÉ + 65 ans ☐ AUTRE ☐.....

Retourner la fiche de renseignement accompagnée des pièces à joindre

Com-pléter le cadre 2

CADRE 3 DISPOSITIF DE FORMATION (reporter les indications figurant sur l'ordre de mission)

N° dispositif |_____|
N° module |_____|

Année	Imputation

Intitulé du module : .....

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

DATE		Nombre d'heures		VACATIONS ou heures supplémentaires			
Début	Fin	Co-animateur	Animateur	Nb d'heures	Code indemnité	Taux	Montant brut

Contrôler les informations indiquées :
Intitulé et date de la formation,
Nombre d'heures d'animation (ou co-animation)

Certifié exact,

A , le

Signature de l'intéressé(e)

Vérification par la DAFOP

Date :

Visa:

Le délégué académique à la formation des personnels :

Nom du service gestonnaire :

Date d'arrivée au service gestionnaire :

Les informations précédentes contrôlées, dater, puis signer