Une image contenant Police, Graphique, texte, graphisme

Description générée automatiquement

**DEFPA**

Service apprentissage et alternance

Tél. : 02 28 20 54 17

**Soutien au fonctionnement des CFA :**

**majoration de la prise en charge des contrats d’apprentissage**

**DOSSIER DE DEMANDE**

**Le dossier, daté et signé, est à envoyer**, **au plus tard le 1er mars 2024**, en version numérique, à l’adresse suivante **:** [Clotilde.LEBARD-GALLAIS@paysdelaloire.fr](mailto:Clotilde.LEBARD-GALLAIS@paysdelaloire.fr)

**1. Présentation du demandeur :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom du CFA** |  |
| **Nom de l’établissement porteur du CFA (si différent)** |  |
| **Nature juridique de l’établissement porteur du CFA** | Organisme public  Organisme privé |
| Préciser la nature juridique de l’éts *(association, EPL, établissement consulaire…)* :  ….. ….. ….. …. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Adresse de l’établissement porteur du CFA** |  |
| **Code postal - Commune** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **N° SIRET** |  |
| **N° déclaration d’activité** |  |
| **Date de création du CFA** |  |
| **Code UAI du CFA** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Certification QUALIOPI** | Oui  Non  En cours |
| **Si oui, date certification et nom organisme certificateur** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Représentant légal :** | **Référent de la demande :** |
| **Nom, prénom** |  |  |
| **Fonction** |  |  |
| **Téléphone** |  |  |
| **Mail** |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Etablissement porteur :** | **dont, CFA :** |
| **Effectifs salariés** |  |  |
| **ETP** |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Volume total des charges de la structure (comptes 2022)** | € |
| **Pourcentage des charges du CFA dans celles de la structure** | % |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Dernier taux connu** | **Période** |
| **Taux de réussite aux examens du CFA** (nb admis / nb présents aux examens) |  |  |
| **Taux d’insertion des apprentis** (dernières stats InserJeunes) |  |  |
| **Taux de rupture net des contrats** (préciser la méthode de calcul utilisée : … …. …. …. ….) |  |  |

**2. Pièces à joindre au dossier :**

|  |
| --- |
| Budget prévisionnel **2024** (***1er onglet*** *du fichier EXCEL «****Soutien CFA - Tableaux détaillés.xls****»)* |
| Demande(s) de soutien **2024-2025** au titre des formations, du fonds social, de la mobilité (***2ème, 3èmeet 4ème******onglets*** *du fichier EXCEL «****Soutien CFA - Tableaux détaillés.xls****»)* |
| Relevé d’identité bancaire (RIB) |

**3. Attestation sur l’honneur :**

**Je soussigné(e) ……………….………………………………………., représentant légal du CFA, sollicite un soutien de la Région à hauteur de  ……………………..……… €.**

J'atteste sur l'honneur de l’exactitude des renseignements de la demande de soutien et des données présentées.

Je déclare que la structure est à jour de ses obligations administratives, comptables, sociales et fiscales (déclarations et paiements).

Je déclare également avoir pris connaissance des dispositions de l’article 10-1 de la loi n°2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations et de son décret d’application n°2021-1947 du 31 décembre 2021. Dans le cas où mon établissement est concerné par ces dispositions, je déclare avoir souscrit au contrat d’engagement républicain annexé au décret n°2021-1947 du 31 décembre 2021.

Je m’engage à :

* informer la Région de tout changement dans ma situation juridique ;
* communiquer à la Région, dans les délais impartis, les pièces suivantes qui seront nécessaires au solde du soutien en fonctionnement :
* les effectifs **apprentis** par formation du CFA au **31/12/2024**,
* les états récapitulatifs co-signés relatifs au fonds social, à la mobilité,
* les comptes détaillés du CFA pour l’**exercice 2024**.

Le non-respect de ces obligations est susceptible de conduire à un non-versement ou à un reversement partiel ou total du financement régional.

**Fait à ……………………………., le ………………………….**

**Cachet et signature du demandeur (représentant légal)**