



# Fiche de renseignements

## Financement

### Promo 2023-2026

Cadre réservé à l'IFSI :	
<input type="checkbox"/>	POLE EMPLOI
<input type="checkbox"/>	BOURSES D'ETUDES
<input type="checkbox"/>	CPF
<input type="checkbox"/>	PROMOTION PROF.
<input type="checkbox"/>	AUTOFINANCEMENT.



Document à remettre le jour de la pré-entrée dernier délais

Nom de naissance : ..... Nom d'usage : .....

Prénom : ..... Date de naissance : .....

#### I. Avez-vous au cours de votre carrière travaillé pour le CHU de Clermont-Ferrand ?

Oui

Non

Si oui Numéro Matricule obligatoire (figure sur le bulletin de paie du CHU) : .....

#### II. Pouvez-vous prétendre à une rémunération le temps de la formation ?

+ Votre employeur prend en charge votre rémunération ainsi que les frais d'enseignements dans le cadre d'une Promotion Professionnelle ? complétez le III

+ Vous utilisez votre compte personnel de formation [via un OPCO (*transition pro, ...*) ou non] pour maintenir votre rémunération ? complétez le IV

Avez-vous au cours des 24 derniers mois travaillé au moins 910 heures ?  
(Emploi saisonnier, jobs d'été, ...)

Non

Vous ne pouvez pas prétendre à Allocation de Retour à l'Emploi (ARE) du pôle-emploi

**Mais**

vous pouvez faire une demande de bourses régionales sur le site :

[www.aidesfss.auvergnerhonealpes.fr](http://www.aidesfss.auvergnerhonealpes.fr)

dès à présent et jusqu'au 31 octobre 2023

**Code Etablissement : ETAB141**

Oui

Vous devez vous inscrire à pôle-emploi (PE) pour bénéficier de l'Allocation de Retour à l'Emploi (ARE) puis de la Rémunération de Fin de Formation (R2F)

**N° identifiant Pôle-Emploi obligatoire :**

N°.....

Région du PE d'inscription : .....

Date d'inscription à PE : .....

**Complétez le V**

**III. Vous Bénéficiez d'une promotion professionnelle d'un établissement de santé public ou privé :**

Nom de l'établissement employeur : .....

**Merci de faire compléter le cadre ci-dessous par votre employeur**  
**SAUF** agent ayant la prise en charge de la formation par le CHU de Clermont-Fd

Nom du Directeur : .....

Adresse : .....

Numéro SIRET : ..... Numéro FINESS : .....

Nom de l'organisme de financement si l'employeur n'assure pas directement la prise en charge : .....

Personne en charge du suivi du dossier : .....

Téléphone : ..... e-mail : .....

Emission des factures dématérialisées via le portail CHORUS :

Code service à renseigner : .....

N° d'engagement à renseigner : .....

**Documents à fournir :**

- une attestation de prise en charge des frais d'inscription **ET** de scolarité.
- une attestation de prise en charge du risque professionnel
- une attestation de prise en charge **ou non** des frais de déplacements lors des stages

**IV. Personnes travaillant dans un secteur d'activité autre que la santé :**

- Allez-vous utiliser votre Compte Personnel de Formation ?

Oui  avec quel organisme : .....

Attention si vous utilisez directement « mon compte personnel de formation » merci de nous prévenir au 04.73.75.13.37. afin que nous puissions valider votre dossier au moins 15 jours avant l'entrée en formation.

**V. PARTIE A COMPLETER PAR TOUS LES ETUDIANTS**

**Je, soussigné(e) .....**

↳ déclare sur l'honneur que les renseignements fournis sont sincères et véritables.

↳ m'engage, dans les 10 jours, à faire les démarches de financement.

Fait à ..... le .....

**Signature de l'étudiant**