

ATTESTATION DE PRESENCE ET DE PAIEMENT



6 rue Ez Penottes – Centre d’Affaires Manouchka
CS 21612 – 21016 DIJON CEDEX
Téléphone : 03.80.53.22.52

Lire attentivement la notice au verso.

CIF CDI

CIF CDD

N° Dossier : _____

Nom et Prénom du salarié : _____

Mois : _____ Année : _____

Frais Annexes

Oui

Non



Veuillez à joindre obligatoirement tous les documents nécessaires, à défaut aucun remboursement ne pourra être effectué.

Date	En heures		Signature du salarié	
	Centre*	PAE*	Matin	Après-midi
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
Total				

ORGANISME DE FORMATION

Joindre la facture, un RIB et la copie de la convention de la période d’application en entreprise (le cas échéant).

Raison sociale de l’organisme de formation : _____

N° SIRET : _____

N° Déclaration d’existence : _____

Nom, date, cachet et signature

Convention PAE jointe (*)

ENTREPRISE DU SALARIE

Joindre le bulletin de salaire du mois concerné, un RIB et la copie de la convention de la période d’application en entreprise (le cas échéant).

Entreprise de moins de 20 salariés : Oui Non

Horaire moyen mensuel de votre salarié : _____ H

Salaire horaire selon la convention tripartite : _____ €

Nombre d’heures remboursables : _____ H

Nom, date, cachet et signature

Convention PAE jointe (*)

ENTREPRISE D’ACCUEIL DE LA PERIODE D’APPLICATION EN ENTREPRISE

Nom et adresse : _____

Nom, date, cachet et signature

Convention PAE jointe (*)

* En cas d’absences, préciser le motif : ABS : Absences, VS : Vacances Scolaires, MAL : Maladie, JF : Jour Férié, AT : Accident de Travail, CP : Congés Payés

LES SOUSSIGNES CERTIFIENT L’EXACTITUDE DES MENTIONS QU’ILS ONT PORTEES CI-DESSUS

Toute fausse déclaration pourra entraîner des poursuites.

(*) Convention de Période d’Application en Entreprise co-signée entre l’organisme de formation, l’entreprise d’accueil et le salarié.

NOTICE EXPLICATIVE

CDI

Salarié, Stagiaire de la formation professionnelle rémunéré par son employeur

ORGANISME DE FORMATION

ATTESTATION DE PRESENCE

- Compléter le document, signaler les absences *;
- Renseigner les coordonnées de l'entreprise d'accueil de la Période d'Application en Entreprise,
- Faire signer le salarié pour chaque demi-journée de formation ou en entreprise d'accueil,
- Signer, dater l'attestation et apposer votre cachet.

Avant le 5 du mois

Document original
+
Convention PAE

Par
l'intermédiaire
du salarié

EMPLOYEUR

ATTESTATION DE PRESENCE

- Compléter le document, indiquer le nombre d'heures remboursables (absences au poste de travail),
- Porter le coût horaire notifié dans la convention tripartite du Fongecif Bourgogne Franche-Comté (si modification du coût horaire joindre la copie de la convention ou de l'accord collectif de l'entreprise qui le justifie),
- Signer, dater l'attestation, apposer votre cachet.

Avant le 15 du mois

- Document original de l'attestation de présence,
- Copie du bulletin de salaire du mois concerné,
- Convention de Période d'Application en Entreprise
- RIB (pour le 1er mois).

fongecif TREMPAIN POUR LES SALAIRES
bourgogne
franche-comté

* ABS = Absences, VS = Vacances Scolaires, MAL = Maladie, JF = Jour Férié, AT = Accident du Travail, CP = Congés Payés

CDD

Stagiaire de la formation professionnelle rémunéré par le FONGECIF

ORGANISME DE FORMATION

ATTESTATION DE PRESENCE

- Compléter le document, signaler les absences *;
- Renseigner les coordonnées de l'entreprise d'accueil de la Période d'Application en Entreprise,
- Faire signer le salarié pour chaque demi-journée de formation ou en entreprise d'accueil,
- Signer, dater l'attestation et apposer votre cachet.

Document original
+
Convention PAE
Avant le 5 du mois
(Pour Paye du stagiaire)

Copie des attestations
de la période de facturation
+
Facture + RIB

fongecif TREMPAIN POUR LES SALAIRES
bourgogne
franche-comté