

**DEMANDE DE FORMATION**  
**à remplir complètement et très lisiblement**

**EMPLOYEUR**

Établissement \_\_\_\_\_ Interlocuteur \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

**SALARIE**

**NOM** \_\_\_\_\_ **Prénom** \_\_\_\_\_ **Tél. mobile** \_\_\_\_\_

- PEC •  CAE •  Emploi d'Avenir •  CDDI en SIAE •  CDDU en AI  
 Adulte-Relais •  Service Civique Date fin de contrat : /\_\_/\_\_/\_\_  
 Autre statut \_\_\_\_\_ Reconnaissance officielle d'un handicap

**FORMATION**



**STAGE INTENSIF DE FRANÇAIS**

**Apprendre à communiquer  
au quotidien dans le contexte professionnel**

Oral et écrit • Vocabulaire • Phonétique • Grammaire • Orthographe

**Mercredi 2, Jeudi 3 et Vendredi 4 janvier  
à Plaisir de 9h30 à 16h30**

**ENGAGEMENTS**

**Le salarié s'engage** à suivre la formation et prévenir au plus vite le FLES et l'employeur en cas d'empêchement.

**Signature du salarié**

**L'employeur s'engage** à libérer le salarié aux dates et horaires de la formation et à prévenir au plus vite le FLES en cas d'empêchement.

**L'employeur atteste** que les informations ci-dessus sont exactes et s'engage à communiquer le justificatif sur demande du FLES.

**Signature + Cachet de l'employeur**

Date :

**Pour tout renseignement Tel. 01.34.82.52.37 du lundi au vendredi de 9h à 17h**

**A transmettre au FLES par MAIL [fles.contact@gmail.com](mailto:fles.contact@gmail.com)**





## Questionnaire FSE

**à remplir pour chaque bénéficiaire d'une action du FLES**

L'action du **FLES** est cofinancée par le **Fonds Social Européen** ; à ce titre, l'Union Européenne nous demande de recueillir auprès des bénéficiaires des informations qui feront l'objet d'un **traitement informatique anonyme destiné au suivi et à l'évaluation des actions.** Le destinataire des données est le Ministère du Travail en tant qu'autorité de gestion du programme FSE. Conformément à la loi "Informatique et Libertés", un droit d'accès et de rectification peut être exercé auprès de la DGEFP ([dgefp.sdfse@emploi.gouv.fr](mailto:dgefp.sdfse@emploi.gouv.fr), Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, DGEFP SDFSE, 14 Avenue Duquesne 75350 PARIS 07 SP).

**Ce questionnaire doit être renseigné entièrement et très lisiblement.**

**NOM** (en capitales)

**PRÉNOM** (en capitales)

.....

.....

**Date de naissance** : ..... (jour/mois/année) **Sexe** : homme  femme

**Ville de naissance** : ..... **Code Postal** : ..... **Pays** : .....

**Adresse** (n° et nom de rue) : .....

**Code postal** : ..... **Commune** .....

**N° téléphone** : .....

**Quel est votre plus haut niveau d'études atteint ?**

Inférieur à l'école primaire  Primaire, secondaire 1er cycle, CAP, BEP...

Niveau baccalauréat  Diplôme supérieur au baccalauréat

**Vivez-vous seul(e) avec des enfants à charge ?**  Oui  Non

**Avez-vous une reconnaissance officielle d'un handicap ?**  Oui  Non

**Lors de votre embauche, aviez-vous le RSA, l'ASS, l'AAH ou l'API ?**  Oui  Non

**à transmettre au FLES par MAIL [fles.contact@gmail.com](mailto:fles.contact@gmail.com)**