

S004

CADRE RÉSERVÉ A L'ADMINISTRATION

NOM :

Prénom :

Financier N° :

Stagiaire N° :

Convention N°



**DOSSIER DE PRISE EN CHARGE**  
**D.I.U « C.E.S.A.M »**  
**2020 – 2021**

Prise en charge des frais d'enseignement (par stagiaire) : 1480€/ module \*

METHO    STARC    STAB    EPIC    DATA    Info

Prise en charge des droits de scolarité de 170€

OUI    NON

Inscription à l'enseignement :

à distance    en présentiel

**\*COCHER OBLIGATOIREMENT LA CASE DU/DES MODULE(S) CHOISI(S)**

**PARTIE A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR**

Ets Public    Entreprise Privée    Association    Organisme tiers (préciser) :

Raison Sociale : .....

Adresse : .....

Code Postal : |\_|\_|\_|\_|\_|

Ville : .....

Tél : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Fax : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

E-mail : .....

SIRET (**obligatoire**) : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Identification TVA (VAT) (**obligatoire**) : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**Responsable signataire de la convention de formation :**

Nom et prénom : ..... Fonction.....

Adresse (si différente de l'entreprise/Organisme financeur) .....

Tél : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

E-mail .....

Fait à

**Signature et cachet obligatoire de l'employeur ou  
organisme financeur**

Le |\_|\_|\_|\_|\_|

## PARTIE A REMPLIR PAR LE STAGIAIRE

Les informations ici recueillies sont enregistrées par notre service, uniquement dans le cadre de la contractualisation d'une candidature à une action de formation. Elles sont destinées uniquement aux personnes habilitées, et sont conservées pour la durée nécessaire.

Madame

Monsieur

Nom usuel : \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : |\_\_|\_|\_| à : \_\_\_\_\_ Département (France uniquement) : |\_\_|\_|

Nationalité :  Française  autre, préciser \_\_\_\_\_

Adresse personnelle : \_\_\_\_\_

Tél : |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Portable : |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

E-mail : \_\_\_\_\_


Formation initiale (indiquer le dernier diplôme obtenu, hors D.U.) : \_\_\_\_\_

Situation actuelle :  Demandeur d'emploi  Salarié (préciser) : \_\_\_\_\_

Tél. prof : |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

E-mail prof : \_\_\_\_\_

### ENGAGEMENT DE PARTICIPATION A L'ACTION DE FORMATION

 Conformément à la réglementation de la Formation Continue de Sorbonne Université, la présence du stagiaire aux cours est OBLIGATOIRE. Ce dernier devra impérativement, pour chaque demi-journée, signer les feuilles d'émargement qui justifieront de sa présence en formation. **Si, par suite de force majeure dûment reconnue**, le stagiaire est empêché de suivre la formation, seules les prestations effectivement dispensées seront dues au prorata temporis. **Le montant correspondant aux absences ne relevant pas d'un cas de force majeure demeurera intégralement exigible.**

Fait à

Le |\_\_|\_|\_|20\_\_\_\_

Signature du stagiaire

(avec la mention Lu et Approuvé) :

Cadre réservé à l'administration : S004

Convention N°

## MODALITÉS DE RÉGLEMENT

A réception de ce dossier, il vous sera adressé une convention de formation professionnelle, à retourner signée en 2 exemplaires et accompagnée d'un bon de commande pour édition de la facture.

## RÈGLEMENT (PARTIE OBLIGATOIRE)

<p><b>Nom et adresse de facturation :</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Téléphone :</b>  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p><b>E-Mail :</b> _____</p> <p><b>SIRET :</b>  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p><b>TVA :</b>  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>	<p><b>Envoi de la facture à une adresse différente (préciser)</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	--

Référence dossier à faire apparaître sur la facture : \_\_\_\_\_

Le paiement sera effectué par :  Chèque  virement

**ⓘ** Si les frais de formation sont pris en charge par un Opérateur de Compétence, vous devez impérativement adresser l'accord de prise en charge de l'OPCO, à notre service « Facturation » [kianoush.colin@sorbonne-universite.fr](mailto:kianoush.colin@sorbonne-universite.fr), avant le 1er jour de formation. Passé ce délai, la facture du montant global vous sera directement adressée pour règlement.

**Préciser l'organisme de subrogation:** \_\_\_\_\_

## DÉBIT ou ABANDON

Toute annulation ou abandon du stagiaire doit être communiqué par écrit au service de formation continue de Sorbonne Université. En cas d'inexécution totale due au renoncement de la part du client, plus de 10 jours francs avant le début de la formation, l'université pourra réclamer 10% du montant total des frais de formation, à titre de dédommagement. En cas d'inexécution totale due au renoncement à l'action de formation de la part du client, moins de 10 jours francs avant le début de la formation, l'université pourra réclamer 30% du montant total des frais de formation, à titre de dédommagement. En cas d'abandon pour cause de force majeure dûment constatée par SU-FC (événement imprévisible, insurmontable et extérieur aux parties), la convention pourra être résiliée. Les sommes effectivement dépensées ou engagées pour la mise en œuvre de la formation jusqu'à la date de réception du courrier LR AR seront dues, calculées au prorata temporis. Dans le cas d'une demande de prise en charge en subrogation de paiement par un OPCO, toute absence du stagiaire dûment constatée durant les périodes de formation à l'université seront facturées au Client.

Fait à

Le |\_|\_|\_|\_| 20\_\_

**Signature et cachet obligatoire de  
l'employeur / organisme financeur**

**Le dossier - ni agrafé - ni imprimé en recto-verso**  
**doit être retourné uniquement par voie postale, à l'adresse :**

**Faculté de Médecine de Sorbonne Université**  
**Site "Saint-Antoine"**  
**3ème étage, porte 315**  
**27 rue Chaligny 75571 Paris cedex 12**

**ATTENTION ! CE DOSSIER NE VAUT PAS INSCRIPTION !**

Pré-inscription en ligne obligatoire sur la plateforme « *E-candidat* »

<https://ecandidat.sorbonne-universite.fr>

Puis sur le site de la Faculté de Médecine

<https://medecine.sorbonne-universite.fr/inscriptions/inscriptions-3eme-cycle-de-medecine/inscription-diu-cesam/>

#### **ORGANISATION DU PARCOURS DE FORMATION**

L'organisation du parcours de formation, le nombre de stagiaires pour lequel il est organisé, les conditions générales dans lesquelles la formation est dispensée, les modalités d'évaluation des connaissances ou des compétences, sont indiqués dans la fiche descriptive de la formation consultable sur le site [www.fc.sorbonne-universite.fr](http://www.fc.sorbonne-universite.fr)

#### **CONDITIONS GENERALES DE VENTE ET REGLEMENT INTERIEUR**

Le stagiaire déclare avoir pris connaissance des conditions générales de vente et du règlement intérieur qui sont consultables sur le site [www.fc.sorbonne-universite.fr](http://www.fc.sorbonne-universite.fr)

#### **INFORMATIQUE ET LIBERTÉS**

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978-art. 34 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites à ce formulaire, elle garantit un droit d'accès et de rectification, pour les données vous concernant, auprès du service des inscriptions. Notre politique complète de confidentialité et de protection des données personnelles est accessible sur le site [www.fc.sorbonne-universite.fr](http://www.fc.sorbonne-universite.fr)

#### **Adresse postale et accueil du public**

##### **Formation Continue :**

Formation Continue de Sorbonne Université  
Pôle Santé - Tour 14-24  
Boite courrier 1520  
4, Place Jussieu  
75252 PARIS Cedex 5  
**N° déclaration d'activité : 11755709875**  
**SIRET : 13002338500011**

#### **Coordonnées :**

##### **Gestion des conventions F.C:**

Marie BAKHTIARI  
☎ : 01 44 27 82 45  
Fax : 01 44 27 82 95  
Email : [fcmedecine@sorbonne-universite.fr](mailto:fcmedecine@sorbonne-universite.fr)

##### **Facturation:**

☎ : 01 44 27 82 42/43  
Fax : 01 44 27 82 95  
Email : [kianoush.colin@sorbonne-universite.fr](mailto:kianoush.colin@sorbonne-universite.fr)