



**Formulaire de prise en charge**  
 au titre de la formation continue  
 pour les enseignements du centre Cnam Paris  
 2017-2018

**Le dossier ne doit comporter aucune modification ni rature ou surcharge.**

**ATTENTION :** Dans l'hypothèse où l'OPCA résilierait, pour quelque motif que ce soit, la prise en charge accordée, l'intégralité des sommes dues au Cnam devrait être payée par l'employeur de l'auditeur, qui a présenté la demande de prise en charge. Aucune modification de prise en charge ne sera acceptée après l'inscription.

Participation de l'OPCA : ..... Euros
Participation de l'employeur : ..... Euros

Pour : Mme |\_| M |\_|

Nom de l'auditeur : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... N°auditeur (si déjà inscrit au Cnam) : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél personnel : ..... Tél professionnel : .....

Adresse E-mail : .....

<b>NOMBRE D'HEURES CUMULEES :</b>
-----------------------------------

SEMESTRE	CODE U.E	INTITULE UNITE D'ENSEIGNEMENT	CREDIT	MODALITE			TARIFS
				JOUR	SOIR	A DISTANCE	
MONTANT TOTAL							

**L'employeur, le signataire de la convention,**  
 « Bon pour accord »,  
 Date, cachet, signature

A .....

Le .....

Cachet
--------

**L'inscription du stagiaire ne sera effective qu'à réception de ce formulaire original signé et tamponné par l'entreprise à l'adresse suivante : Centre Cnam Paris – Scolarité Case 4CEP01 292, rue Saint Martin 75141 PARIS Cedex 03**