

**DOSSIER D’INSCRIPTION EN FORMATION CONTINUE**

**Année Universitaire - 2016 / 2017**

***TOUT DOSSIER INCOMPLET OU ILLISIBLE SERA REFUSE***

**ce dossier est à compléter et à renvoyer**

**une fois votre candidature acceptée par le responsable pédagogique de la formation, à :**

Université PARIS-SUD

Faculté de Pharmacie

**Service de Formation Continue**

5, rue Jean-Baptiste Clément

92290 CHATENAY-MALABRY

***A l’attention de : Mme Sophie BOUGAREL ou Mme Dina DA SILVA***

***sophie.bougarel@u-psud.fr*** ***– dina.da-silva@u-psud.fr***

**ETAT CIVIL**

Nom patronymique :…………………………………………………………………………………............................................................................................................

Nom d’usage *(pour les femmes mariées)*:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Prénom :……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Né(e) le :……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Nationalité :……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**ADRESSE - TELEPHONE**

Adresse postale : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

 …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

N° tél. Domicile :……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

N° tél. Mobile :…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

N° tél. Bureau :……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………

Adresse mail :…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**DIPLOME PREPARE - INTITULE**

* DU
* DIU

Intitulé du diplôme :…………………………………………………………………………………………………………………………………………..............................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*Mars 2016 – 1/3*

**REGIME D’INSCRIPTION**

* **Formation Initiale**

 ETUDIANT

 (Arrêt d’études strictement inférieur à 2 ans et non considéré comme actif)

* **Reprise d’Etudes Auto-financées**

 STAGIAIRE NON FINANCE

 (Arrêt d’études strictement supérieur à 2 ans et statut d’actif ou de retraité)

 Dans ce cas, il sera établi un contrat de formation professionnelle et une facture sera délivrée.

* **Formation Continue Financée**

 STAGIAIRE FINANCE

 (Financé par un organisme ou une entreprise)

 Dans ce cas, il sera établi une convention de formation et une facture sera délivrée.

**TYPES D’ORGANISMES FINANCEURS 🡪 *DEMARCHE A EFFECTUER PAR LE CANDIDAT*  🡨**

* ENTREPRISE

Adresse :……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………..............................................................................................................................................................................................................................................

**ET/OU**

* OPCA (ACTALIANS, FIF-PL)

 Adresse :………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….....…..............................................................................................................................................................................................................................................

* POLE EMPLOI

 Adresse :………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

* AUTRE *(à préciser)*

 Adresse :……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...................................................................................................................................................................................................................................................

**STATUT *(voir tableau ci-dessous) CODE :***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CODE** | LIBELLE | COMPLEMENT SITUATION | SITUATION |
| **DEA** | Demandeurs d’Emploi - Autres financements Publics | Financement Public (Assedic…) | DEMANDEUR D’EMPLOI |
| **DEI** | Demandeurs d’Emploi Inscrits à leur initiative | Inscription personnelle | DEMANDEUR D’EMPLOI |
| **DIF** | Droit Individuel à la Formation | Inscription personnelle | DEMANDEUR D’EMPLOI |
| **DEE** | Demandeurs d’Emploi Rémunération Etat | Financement Etat | DEMANDEUR D’EMPLOI |
| **DER** | Demandeurs d’Emploi Rémunération Région | Financement Région | DEMANDEUR D’EMPLOI |
| **SCIF** | Salarié Congé Individuel de Formation | Congés Individuel | SALARIE |
| **SPF** | Salarié Plan de Formation | Plan Formation | SALARIE |
| **SCA** | Salarié sous Contrat en Alternance | Sous Contrat en Alternance | SALARIE |
| **IND** | Particuliers inscrits à leur initiative | Particulier | SALARIE |
| **AC** | Autres Catégories Fonction libérale - Commerçants - Artisans | Autre | AUTRES |

*Mars 2016 – 2/3*

**DIPLOME *(voir liste ci-dessous) CODE :***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CODE** | **LIBELLE** | **NIVEAU** |
| **12****13****14****19****34****40****ETR1****ETR2****ETR4** | DOCTORATINGENIEURMASTERLICENCE PROFESSIONNELLEBREVET D’ETATBREVET PROFESSIONNELDiplôme étranger niveau M et +Diplôme étranger niveau LDiplôme étranger niveau Bac | 111234124 |

**CATEGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE *(voir liste ci-dessous)* *CODE :***

|  |  |
| --- | --- |
| **CODE** | **LIBELLE** |
| **23****31****33****34****37****38****42****43****45****46****51****52****54****62****73****82** | Chef entreprise 10 salariés ou plusProfession libérale et assimilésCadre de la fonction publiqueProfesseur, profession scientifiqueCadre administratif et commercial d'entrepriseIngénieur et cadre technique d'entrepriseProfesseur des écoles, instituteur et assimiléProfession intermédiaire de la santé et du travail socialProfession intermédiaire administrative de la fonction publiqueProfession intermédiaire administrative et commerciale des entreprisesEmployé de la fonction publiqueEmployé civil - agent de service de la fonction publiqueEmployé administratif d'entrepriseOuvrier qualifié de type industrielRetraité cadre-profession intermédiairePersonne sans activité professionnelle (autre que retraité) |

**SECTEUR D’ACTIVITE *(voir liste ci-dessous) CODE :***

|  |  |
| --- | --- |
| **CODE** | **LIBELLE** |
| **24****73****75****80****85** | INDUSTRIE CHIMIQUERECHERCHE ET DEVELOPPEMENTADMINISTRATION PUBLIQUEEDUCATIONSANTE ET ACTION SOCIALE |

**PIECES A JOINDRE AU DOSSIER : .** Photo d’identité

 **.** Copie de la prise en charge financière de l’entreprise ou du financeur

 **.** Attestation d’Assurance Responsabilité Civile

Fait à :………………………………………………………………………………….…………….. Le :………………………………………………………………………………………....

 Signature

*Mars 2016 – 3/3*