 

DIRECTION REGIONALE ET DEPARTEMENTALE DE LA JEUNESSE DES SPORTS

 ET DE LA COHESION SOCIALE AUVERGNE-RHONE-ALPES

 FICHE DE LIAISON DISPOSITIF SESAME

Transmis le : Correspondant DD SESAME :

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de l’organisme de formation : |  |
| N° SIRET : |  |
| Intitulé de la formation : |  |
| Date de début de la formation : |  |
| Date de fin de la formation : |  |
| Nombre d’heures de formation en centre : |  |
| Nombre d’heures de formation en entreprise : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| NOM- Prénom : |  |
| Civilité : |  |
| Adresse : |  |
| ZRR ou QPV ou Autre : |  |
| Date de naissance : |  |
| Niveau (diplômes obtenus) : |  |
| Numéro de Sécurité Sociale : |  |
| Téléphone : |  |
| Adresse mail : |  |
| Statut à l’entrée : *Demandeur d’Emploi (indiquer si indemnisé ou non indemnisé), Contrat Aidé, Emploi Précaire, autre* |  |
| Coût Pédagogique réel : |  |
| Coût pédagogique négocié : |  |
| Nom cofinanceur : |  |
| Montant cofinancement : |  |
| **Montant sollicité dans cadre SESAME :** |  |

□ Avis favorable + signature DRDJSCS □ Avis défavorable + signature DRDJSCS :