

N°EVRH (réservé administration)

FICHE DE RENSEIGNEMENTS FINANCEMENT

Promotion 2026-2029



Document à remettre le jour de la pré-rentrée dernier délais

Nom : Nom d'usage :

Prénom : Date de naissance :

I. Avez-vous au cours de votre carrière travaillé pour le CHU de Clermont-Ferrand ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui Numéro Matricule obligatoire (figure sur le bulletin de paie du CHU) :

II. Pouvez-vous prétendre à une rémunération le temps de la formation ?

-  Votre employeur prend en charge votre rémunération ainsi que les frais d'enseignements dans le cadre d'une Promotion Professionnelle ? complétez le III
-  Vous utilisez votre compte personnel de formation [via un OPCO (*transition pro*, ...) ou non] pour maintenir votre rémunération ? complétez le IV

Avez-vous au cours des 24 derniers mois
travaillé au moins 130 jours ou 910 heures ?
(Emploi saisonnier, jobs d'été,...)

☐ Non

Vous ne pouvez pas prétendre à Allocation de Retour à l'Emploi (ARE) de France Travail

Mais

vous pouvez faire une demande de Bourse d'Etudes Régionale (BER) sur le site :

<https://bourses.auvergnerrhonealpes.fr>

dès à présent et jusqu'au 31 octobre 2026.

La demande est à faire pour une année soit :
du 01/09/2026 au 05/07/2027 inclus pour 1540 heures en formation complète

Code Etablissement : XV-Zodj

☐ Oui

Vous devez vous inscrire à [France Travail](#) (FT)
pour bénéficier de l'Allocation de Retour à l'Emploi (ARE) puis de la Rémunération de Fin de Formation (R2F)

N° identifiant demandeur d'emploi obligatoire :
(sur 11 caractères -reçu avec la notification d'inscription)

N° _____

Région d'inscription à FT :

Date d'inscription à FT :



Attention les aides BER et ARE ne sont pas cumulable.

Complétez le V

III. Vous Bénéficiez d'une promotion professionnelle d'un établissement de santé public ou privé :

Nom de l'établissement employeur :

Merci de faire compléter le cadre ci-dessous par votre employeur

SAUF agent ayant la prise en charge de la formation par le CHU de Clermont-Fd

Etablissement : ☐ Public ☐ Privé Nature Juridique :

Nom du Directeur :

Adresse :

Numéro SIRET : Numéro FINESS :

Nom de l'organisme de financement si l'employeur n'assure pas directement la prise en charge :

Personne en charge du suivi du dossier :

Téléphone : e-mail :

Attestations de présence à envoyer à l'adresse mail :

Emission des factures dématérialisées via le portail CHORUS :

Code service à renseigner :

N° d'engagement à renseigner :

Documents à fournir :

- une attestation de prise en charge des frais d'inscription **ET** de scolarité.
- une attestation de prise en charge du risque professionnel
- une attestation de prise en charge **ou non** des frais de déplacements lors des stages

IV. Personnes travaillant dans un secteur d'activité autre que la santé :

- Allez-vous utiliser votre Compte Personnel de Formation ?

Oui ☐ avec quel organisme : ☐ Non

Attention si vous utilisez directement « mon compte personnel de formation » merci de nous prévenir au 04.73.75.13.37. afin que nous puissions valider votre dossier au moins 15 jours avant l'entrée en formation.

V. PARTIE A COMPLETER PAR TOUS LES ETUDIANTS

Je, soussigné(e)

✍ déclare sur l'honneur que les renseignements fournis sont sincères et véritables.

✍ m'engage, à signaler à l'IFSI l'ouverture de mes droits à l'allocation chômage, à la signature d'un contrat d'apprentissage ou de professionnalisation.

✍ m'engage dans les 10 jours, à faire les démarches de financement.

Fait à le

**Signature d'un/des représentants légaux
pour les étudiants mineurs**

Signature de l'étudiant