Une image contenant clipart, croquis, Dessin au trait, Police

Description générée automatiquement**Modèle de courrier pour une demande de financement auprès d’un FAF (Fonds d’Assurance Formation) : AGEFICE, FIF-PL, VIVEA ou FAFCEA**

**À l’attention de :** *[Nom du Fonds d’Assurance Formation]*  
**Adresse :** *[Adresse du FAF]*  
**Date :**

**Objet : Demande de financement pour la formation** *[Indiquez votre choix de Formation]*

**Madame, Monsieur,**

Je soussigné(e), *[votre nom et prénom*], exerçant en tant que *[profession ou activité]* sous le statut de travailleur non-salarié, sollicite une prise en charge financière pour la formation suivante :

* **Intitulé de la formation :** *[Indiquez votre choix de Formation]*
* **Organisme de formation :** DCS group « Formation »
* **Date de la formation :** *[Préciser les dates que vous avez choisies]*
* **Durée :** 14 heures (2 jours)
* **Coût pédagogique total :** 700 € HT (TVA non applicable – article 261-4-4° du CGI)

Cette formation s’inscrit dans le cadre de mon développement professionnel, avec pour objectif de *[à vous de préciser] .*

Vous trouverez en pièce jointe les documents nécessaires à l’étude de ma demande :

1. Programme détaillé de la formation.
2. Devis par l’organisme de formation.
3. Attestation de versement de ma Contribution à la Formation Professionnelle (CFP).
4. RIB pour le virement des sommes prises en charge.

Je reste disponible pour tout complément d’information.

Dans l’attente de votre réponse, je vous prie d’agréer, Madame, Monsieur, l’expression de mes salutations distinguées.

**Signature avec votre** [Nom et prénom]  
[Coordonnées : téléphone, email]

Une image contenant clipart, croquis, Dessin au trait, Police

Description générée automatiquement**Modèle de courrier pour une demande de financement auprès d’un OPCO pour un salarié**

**À l’attention de :** *[Nom de l’OPCO]***Adresse :** *[Adresse de l’OPCO]*  
**Date :**

**Objet : Demande de financement pour la formation d’un ou plusieurs salariés dans le cadre du plan de développement des compétences**

**Madame, Monsieur,**

Dans le cadre du plan de développement des compétences de notre entreprise, nous sollicitons une prise en charge financière pour la formation suivante :

* **Intitulé de la formation :** *[Indiquez votre choix de Formation]*
* **Nom du (ou des) salarié(s) concerné(s) :** *[Prénom et nom du salarié]*
* **Poste(s) occupé(s) :** *[Poste ou fonction]*
* **Organisme de formation :** DCS group « Formation »
* **Durée :** 14 heures (2 jours)
* **Dates :** *[Préciser les dates]*
* **Coût pédagogique total :** 700 € HT (TVA non applicable – article 261-4-4° du CGI)

Cette formation répond aux besoins identifiés lors des entretiens professionnels du salarié et vise à :

* Développer ses compétences en gestion financière pour optimiser ses performances.
* Renforcer son aptitude à analyser les données financières de l’entreprise.
* Améliorer ses interactions avec les partenaires financiers.

**Documents joints :**

1. Programme détaillé de la formation.
2. Devis de l’organisme de formation.
3. Plan de développement des compétences validé par l’entreprise.
4. RIB pour le virement des sommes prises en charge.

Nous restons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Dans l’attente de votre retour, je vous prie d’agréer, Madame, Monsieur, l’expression de mes salutations distinguées.

**Signature avec votre** *[Nom et prénom]  
[Coordonnées : téléphone, email]*

Une image contenant clipart, croquis, Dessin au trait, Police

Description générée automatiquement**Modèle de courrier pour une attestation de Contribution à la Formation Professionnelle (CFP)**

**À l’attention de :** *[Nom de l’organisme demandeur]*  
**Date :** *[Préciser la date]*

**Attestation de versement de la Contribution à la Formation Professionnelle (CFP)**

Je soussigné(e), [Nom et prénom], exerçant en tant que *[activité ou profession],* atteste avoir réglé ma Contribution à la Formation Professionnelle pour l’année [année concernée], conformément aux obligations légales liées à mon statut de travailleur non-salarié.

* **Nom de l’organisme collecteur :** *[URSSAF ou Autre organisme].*
* **Montant versé :** *[Montant en euros].*
* **Date de règlement :** *[Insérer la date].*
* **Numéro de SIRET :** *[Insérer le numéro].*

Je reste disponible pour tout complément d’information ou document justificatif.

**Signature avec votre** *[Nom et prénom]  
[Coordonnées : téléphone, email]*