



PLAN TRANSITION PROFESSIONNELLE

Cadre réservé à l'administration

Dossier remis le :
Dossier complet le :
Commission du :

TRELAZÉ
SOLIDARITE
02 41 33 74 65
ccas@mairie-trelaze.fr

SITUATION DU DEMANDEUR

NOM - Prénom : Date de naissance

Adresse sur TRELAZE :

☎ @

Adresse :

Situation de famille : Célibataire Pacsé Marié

N° allocataire CAF ou MSA :

N° identifiant Pôle emploi

Bénéficiaire du RSA Non Oui

DEMANDE

Intitulé de la Formation :

Organisme de Formation :

Adresse

☎ @

Durée :

Coût :

Coûts connexes (logement, transport) :

Aides sollicitées	Décisions

MOTIVATION DE LA DEMANDE

Pièces à joindre :

- Pièce d'identité
- Justificatif de la formation
- Relevé d'identité bancaire de l'organisme de formation
- Justificatif de domicile sur Trélazé (ex : fre EDF, TH, TF, loyer,...)
- Notification CAF (ou MSA) de Maine et Loire ou N° allocataire
- Dernier avis d'imposition ou de non-imposition
- Justificatifs des dépenses liées à la formation (frais d'inscription, logement, transport,...)
- Notifications aides (accord et refus)
- Cv
- Motivation de la demande

Tout dossier incomplet sera ajourné