****

**DEMANDE D’AIDE INDIVIDUELLE**

**DATE DE LA DEMANDE : ………………………………………………….. DATE DE RÉCEPTION DIE : ……………………………………………………….**

**TYPE D’AIDE SOLLICITÉE**

☐ MOBILITÉ ☐ GARDE D’ENFANTS ☐ FORMATION

☐ SYTRAL 🞏 ASSISTANT·E MATERNEL·LE

☐ SNCF 🞏 CRÈCHE – HALTE GARDERIE 🞏 FRAIS ANNEXES

☐AUTRES RÉSEAUX 🞏 ACCUEIL PÉRISCOLAIRE

☐ HEURES DE CONDUITE

☐ FRAIS DE DÉPLACEMENT

🞏 FRAIS DE DÉPLACEMENT

**BÉNÉFICIAIRE DE L’AIDE**

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

ADRESSE : …………………………………………………………………………………………….…………. TEL : .....................................................

CONTRAT D’ENGAGEMENT : *validité du* …………………………………..……………. *au*……………………………………………………………..

SITUATION PROFESSIONNELLE : ☐ RECHERCHE D’EMPLOI ☐ ENTRETIEN D’EMBAUCHE ☐ FORMATION ☐ STAGE

☐ EMPLOI (CONTRAT DE TRAVAIL DU …………………………….. AU ……………….………………)

PROJET PROFESSIONNEL motivant la demande de financement (à remplir par le demandeur) ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**RÉFÉRENT**

NOM DE LA STRUCTURE : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

NOM DU RÉFÉRENT : ………………………………………………………….………………. TEL : .....................................................

OBJECTIFS VISÉS POUR CETTE ÉTAPE ET AVIS MOTIVÉ (à remplir par le référent)

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

**PRESTATION**

NOM DU PRESTATAIRE RETENU : ……..…………………………………………………………………………………………………………………………..

ADRESSE : ………………………………………………………….……………………………………………………………………………..…………………….…….

TEL : ........................................................... E-MAIL : …………………………………………..@.............................

MISE EN CONCURRENCE : ☐ OUI ☐ NON

DÉTAIL DE LA PRESTATION …………………………………………………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**PLAN DE FINANCEMENT**

|  |  |
| --- | --- |
| **MONTANT DU DEVIS** | **(+)................................. €** |
|  | |
| **1ER COFINANCEUR SOLLICITÉ (NOM) …..…………………………………………………… ☐ ACCORD ☐ REFUS** | **(-)................................. €** |
| **2e COFINANCEUR SOLLICITÉ (NOM) …..………………………………………….………… ☐ ACCORD ☐ REFUS** | **(-)................................. €** |
| **3e COFINANCEUR SOLLICITÉ (NOM) …..……………………………………….…………… ☐ ACCORD ☐ REFUS** | **(-)................................. €** |
| **PARTICIPATION DU BÉNÉFICIAIRE DE L’AIDE** | **(-)................................. €** |
| **MONTANT DE L’AIDE SOLLICITÉE** | **………………………………. €** |

Je soussigné·e ………………………………………………………………………………………………… sollicite une aide financière pour la réalisation de mon projet professionnel et autorise la transmission d’éléments sur ma situation, nécessaire à la prise de décision.

- Je certifie exactes les informations ci-dessus dont j’ai pris connaissance.

- Je suis informé·e de l’informatisation des données me concernant pour les besoins du traitement du dossier (**Les informations recueillies dans ce contrat sont enregistrées dans un fichier informatisé par la Métropole de Lyon en vue du suivi du bénéficiaire et de la gestion du fond social européen dans le cadre du parcours d’insertion *itinéraire* renforcé proposé par la Métropole de Lyon. Elles sont conservées pendant 15 ans et sont destinées aux seuls agents habilités de la Direction de l’Insertion de la Métropole de Lyon et aux structures de suivi des bénéficiaires du parcours d’insertion.**

**Seules les données relatives au contrôle du FSE sont partagées avec les services de l’État et l’Union Européenne.**

**Conformément à la loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'information, aux fichiers et aux libertés, vous avez la possibilité d’exercer vos droits d’accès, de rectification, d’effacement, d’opposition, de limitation du traitement et de révocation de votre consentement.**

**Afin d'exercer vos droit, vous pouvez vous adresser par courrier postal à :**

**Métropole de Lyon - Direction des Affaires Juridiques et de la Commande Publique - 20, rue du Lac - BP 33569 - 69505 Lyon Cedex)**

Date : …………………………………… Signature du demandeur Signature du référent

…………………………… ……………………………

**LISTE DES PIÈCES À JOINDRE À LA DEMANDE (en 2 exemplaires) :**

**- copie du contrat d’engagement**

**- devis du prestataire**

**- réponses des cofinanceurs sollicités**

**- copie du CERFA justifiant du passage du code (dans le cas d’un financement d’heures de conduite)**

**- contrat de travail (le cas échéant)**

**- copie de la convocation à un entretien d’embauche (le cas échéant)**

**- attestation d’inscription à une formation**

**CADRE RÉSERVÉ À LA MÉTROPOLE**

**🞏 AVIS FAVORABLE**

**MONTANT DE L’AIDE ACCORDÉE : …………………………………………….. €**

**BÉNÉFICIAIRE DE L’AIDE ……………………………………………………………….**

**Pour le Président de la Métropole de Lyon et par délégation,**

**Le responsable de l’unité dispositif d’appui à l’insertion et à l’emploi**

**☐ AVIS DÉFAVORABLE**

**MOTIFS :**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...**