**Certificat de réalisation**

**d’un accompagnement social DROM**

**Je soussigné(e)** *(prénom et nom du représentant du CFA)*

**Représentant légal du dispensateur des actions concourant au développement des compétences** *(raison sociale du dispensateur de formation)*

**atteste que la personne mentionnée en annexe du présent certificat a bénéficié d’un accompagnement social dispensé par le CFA ou un partenaire externe.**

Je m’engage à conserver l’ensemble des pièces justificatives qui ont permis d’établir le présent certificat pendant une durée de 3 ans à compter de la fin de l’année du dernier paiement.

J’atteste que les traitements de données à caractère personnel réalisés dans le cadre de l’accompagnement social DROM respectent les exigences de conformité et de sécurité issues de la réglementation nationale et européenne en vigueur et, en particulier, le règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 sur la protection des données (RGPD).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fait à : ………………………….. | | Cachet et signature |
|  |  |
| Le : ……………………………… | | du responsable du dispensateur de formation |
|  |  | *(nom, prénom, qualité du signataire)* |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Annexe au certificat de réalisation de l’accompagnement social** |

L’Ordonnance n°2019-893 du 28 août 2019 portant adaptation de la Loi Avenir professionnel aux DOM prévoit la possibilité de moduler les niveaux de prise en charge des contrats d’apprentissage pour tenir compte des surcoûts liés à l’accompagnement social des apprentis les plus en difficulté. (Art. L.6523-2-3 1° du Code du travail – En vigueur au 01/01/2020).

**Détails des actions mises en œuvre dans le cadre de l’accompagnement social**

Raison sociale du CFA :

Siret :

Code UAI :

Numéro du dossier \* auquel se rattache l’accompagnement social :

|  |
| --- |
| **Fiche de suivi de l’Accompagnement social** |
| **Apprenti**  **Information sur l’Apprenti**  Nom de naissance :       Prénom :  Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :  Sexe (H/F) :  Niveau de diplôme à l’entrée :  Niveau de diplôme à la sortie :  Intitulée de la formation suivie :  Date de début de la formation (JJ/MM/AAAA) :  Date de fin de la formation (JJ/MM/AAAA) :  **Accompagnement social**  **Nature de l’accompagnement social**  Accompagnement social interne  Accompagnement social externe      **Actions mises en œuvre dans le cadre de l’accompagnement social**  Les actions mises en œuvre faisaient suite à une problématique identifiée de l’ordre de :  L’hébergement  De la garde d’un enfant  De la santé  D’un handicap, à préciser :  De la mobilité  Autre, précisez :  **Description des actions menées :** |

*\* Numéro interne du dossier communiqué par OPCO EP*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fait à : ………………………….. | | Cachet et signature |
|  |  |
| Le : ……………………………… | | du responsable du dispensateur de formation |
|  |  | *(nom, prénom, qualité du signataire)* |
|  |  |  |