

Pour faciliter votre inscription, suivez nos conseils, étape par étape.

## Étape 1 : Avant de vous inscrire au titre de la formation professionnelle continue

- ▶ Vérifiez auprès de votre employeur ou de l'organisme susceptible de financer votre action de formation, que vous remplissez les conditions nécessaires pour bénéficier d'une formation dans ce cadre.
- ▶ Contactez nos conseillers pour obtenir un compte rendu d'entretien personnalisé et un devis obligatoires.

Le conseiller vérifie les conditions qui participent à la réussite de votre projet. Il formalise votre parcours et vos engagements dans un compte rendu personnalisé qu'il vous adresse avec un devis. Ces documents contiennent toutes les informations nécessaires pour exposer votre projet de formation à votre employeur ou à un organisme de financement.

## Étape 2 : Lisez attentivement les documents d'information

- ▶ la **documentation** de votre formation
- ▶ tout autre document portant la mention « à conserver »

N.B. Vérifiez les dates d'inscription des formations choisies (certaines formations ont une date limite d'inscription).

## Étape 3 : Remplissez lisiblement les documents d'inscription

- ▶ la **Fiche d'inscription**
- ▶ le **Formulaire financeur** si les frais de formation sont pris en charge par votre employeur ou par un organisme financeur.
- ▶ tout autre document portant la mention « à renvoyer »

N.B. N'envoyez pas de règlement avec votre dossier d'inscription.

## Étape 4 : Retournez votre dossier

Renvoyez le dossier complet, signé, à :

**CNED PRO**  
**CS 34316**  
**69316 LYON CEDEX 04**

**Pour ne pas retarder l'inscription, les pièces demandées doivent être renvoyées en une fois avec le dossier complet.**

**Tout dossier incomplet est mis en attente.**

- ▶ Indiquez sur l'enveloppe en haut à gauche, l'intitulé complet des formations demandées.
  - ▶ Vérifiez que vous avez joint toutes les pièces demandées, notamment dans la rubrique Statut d'inscription de la fiche d'inscription.
- À réception de votre dossier, nous enverrons à votre employeur, à l'organisme financeur, ou à vous-même, **une convention ou un contrat définissant les modalités de formation. Ce document devra nous être retourné signé pour valider votre inscription.**

*À l'exception de certaines certifications professionnelles ou diplômes pour lesquels cela est expressément mentionné sur Cned.fr, le Cned n'est pas compétent pour organiser les examens et les concours ou pour procéder à l'inscription à ceux-ci. Vous devez effectuer vous-même les démarches nécessaires auprès de l'organisme ou de l'administration concerné(e). Renseignez-vous le plus tôt possible sur les conditions, les dates d'ouverture et de clôture de ces inscriptions.*

**Un conseiller à votre écoute au 05 49 49 94 94**

Tarifification ordinaire, sans surcoût

**Merci d'avoir choisi le Cned !**

**CNED****FICHE D'INSCRIPTION****2024 - 2025 SECRÉTAIRE MÉDICAL ET  
MEDICO-SOCIAL : JURY VAE SEUL**

Dossier complet à renvoyer à :  
se reporter au document  
« **INSCRIPTION, MODE D'EMPLOI** »

Formation professionnelle continue

Un conseiller à votre écoute  
au 05 49 49 94 94

Tarifification ordinaire, sans surcoût

Réservé au Cned

**1 - Inscrit**

Remplir en MAJUSCULES

Réservé au Cned

Sexe  M  F Nom \_\_\_\_\_ Prénoms \_\_\_\_\_  
 Nom de famille (de naissance) \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_  
 Lieu de naissance (ville) \_\_\_\_\_ Département de naissance \_\_\_\_\_  
 Pays de naissance \_\_\_\_\_ Nationalité \_\_\_\_\_

Adresse postale \_\_\_\_\_  
 (au besoin, indiquez : chez M. ...,  
 bâtiment, escalier, étage, porte, etc.) \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_  
 Pays \_\_\_\_\_

Adresse électronique \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Indispensable pour accéder à l'espace de formation en ligne et bénéficier de l'accompagnement à distance proposé par le Cned pendant la durée de formation.

Tél. fixe \_\_\_\_\_ Tél. portable \_\_\_\_\_

Si vous avez déjà été inscrit au Cned, indiquez votre dernier indicatif \_\_\_\_\_

Si vous avez demandé un devis au Cned, indiquez sa référence \_\_\_\_\_

Si vous exercez une activité professionnelle **au moment de votre inscription**, précisez laquelle \_\_\_\_\_

Nom et adresse de l'employeur \_\_\_\_\_

**Études**

(vous pouvez compléter au besoin sur papier libre)

| ANNÉE SCOLAIRE | FORMATION | ÉTABLISSEMENT | DIPLOME | OBTENU | OU NIVEAU ATTEINT |
|----------------|-----------|---------------|---------|--------|-------------------|
|                |           |               |         |        |                   |
|                |           |               |         |        |                   |
|                |           |               |         |        |                   |

**Expérience professionnelle**

(vous pouvez compléter au besoin sur papier libre)

| DATES | DURÉE | STAGES SUIVIS (CONTENU) ET EMPLOIS (QUALIFICATION PRÉCISE DE LA FONCTION EXERCÉE) |
|-------|-------|---|
|       |       |   |
|       |       |   |
|       |       |   |

## 2 - Statut d'inscription

| COCHEZ LA CASE VOUS CONCERNANT  | COMPLÉTEZ LES INFORMATIONS DEMANDÉES   | PIÈCES OBLIGATOIRES À JOINDRE À VOTRE DOSSIER D'INSCRIPTION  |
|---|--|--|
| <p><b>Vous êtes salarié du secteur privé et suivez votre formation dans le cadre :</b></p> <p><input type="checkbox"/> du Plan de développement des compétences</p> <p><input type="checkbox"/> du dispositif Pro-A - reconversion ou promotion par alternance ①</p> <p><input type="checkbox"/> d'un Contrat unique d'insertion (CUI) – Parcours emploi compétences (PEC)</p> <p><input type="checkbox"/> d'un congé de reclassement</p>   |  | <p><b>Formulaire financeur joint.</b></p> <p>① Accord de prise en charge de l'OPCO.</p>  |
| <p><b>Vous êtes agent de la fonction publique et suivez votre formation dans le cadre :</b></p> <p><input type="checkbox"/> d'un congé de formation professionnelle (CFP) ②</p> <p><input type="checkbox"/> du plan de formation de votre administration</p> <p><input type="checkbox"/> d'un contrat d'assistant d'éducation</p> <p><input type="checkbox"/> d'un compte personnel formation (CPF) ③</p> <p><input type="checkbox"/> d'un contrat unique d'insertion (CUI) - Parcours emploi compétences (PEC)</p> | <p>② du _____ au _____</p> <p>Vous relevez de la fonction publique</p> <p><input type="checkbox"/> d'État <input type="checkbox"/> dont Éducation nationale*</p> <p><input type="checkbox"/> territoriale</p> <p><input type="checkbox"/> hospitalière</p>   | <p><b>Formulaire financeur joint.</b></p> <p>② Accord de votre administration (arrêté de mise en congé).</p> <p>③ Notification de prise en charge de votre administration au titre du CPF.</p> |
| <p><b>Vous êtes travailleur indépendant et votre formation est prise en charge par :</b></p> <p><input type="checkbox"/> un FAF ④</p> <p><input type="checkbox"/> autre, précisez _____</p>   |  | <p><b>Formulaire financeur joint.</b></p> <p>④ Accord de prise en charge de l'organisme payeur.</p>  |
| <p><input type="checkbox"/> <b>Vous êtes bénévole dans une association qui prend en charge votre formation</b></p>  |  | <p><b>Formulaire financeur joint.</b></p>  |
| <p><b>Vous êtes demandeur d'emploi et suivez votre formation dans le cadre :</b></p> <p><input type="checkbox"/> de l'Aide Individuelle à la Formation (AIF)</p> <p><input type="checkbox"/> du Contrat de sécurisation professionnelle (CSP)</p> <p><input type="checkbox"/> d'une aide régionale (chèque Pass Formation, chèque Formation...) ⑤</p>   | <p>Indiquez votre identifiant France Travail et le nom et l'adresse mail de votre conseiller _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><i>NB : En tant que demandeur d'emploi en formation, votre inscription relève de la formation professionnelle continue si votre formation est prise en charge par un organisme financeur (France Travail, etc.).</i></p> | <p>⑤ Accord de prise en charge de la région.</p>   |
| <p><input type="checkbox"/> <b>Vous bénéficiez du RSA et votre formation est financée dans le cadre du plan local pour l'insertion et l'emploi (PLIE)</b></p>   | <p><i>NB : La demande de financement doit être acceptée avant toute inscription au Cned.</i></p>   | <p>Attestation ou accord de prise en charge du conseil départemental ou de la commission locale d'insertion.</p>   |
| <p><input type="checkbox"/> <b>Vous bénéficiez pour votre formation d'un financement par l'Agefiph</b></p>  |  | <p>Accord de prise en charge de l'Agefiph.</p>   |

\* Les personnels de l'éducation nationale qui s'inscrivent dans le cadre de la Formation professionnelle continue peuvent bénéficier sous certaines conditions d'un tarif particulier. Contactez nos conseillers au 05.49.49.94.94.

### 3 - Formations choisies

| FORMATIONS (Intitulés complets)                           | RÉFÉRENCE | TARIF |
|---|-----------|-------|
|   |           |       |
|   |           |       |
|   |           |       |
| <b>Options obligatoires</b> (si la formation en comporte) |           |       |
|   |           |       |
|   |           |       |
|   |           |       |
| <b>Options facultatives</b> (si la formation en comporte) |           |       |
|   |           |       |
|   |           |       |
|   |           |       |
| <b>PRODUITS COMPLÉMENTAIRES</b>                           |           |       |
|   |           |       |
|   |           |       |
|   |           |       |
| <b>Total</b>  |           |       |

Précisez le but de l'inscription :

- vous perfectionner ou actualiser vos connaissances  
 présenter l'examen de \_\_\_\_\_  
 présenter le concours de \_\_\_\_\_

**Attention :** cette demande d'inscription concerne la session 2024-2025.

Si vous souhaitez vous inscrire à la session 2025-2026, consultez [cned.fr](http://cned.fr) à partir du mois d'avril 2025.

N'envoyez pas de règlement avec votre dossier d'inscription.

À réception de votre dossier, nous enverrons à votre employeur, à l'organisme financeur, ou à vous-même, le document contractuel adéquat à nous retourner signé.

Ce document vous permettra de choisir votre mode de règlement.

### 4 - Signature obligatoire

Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales de vente des formations du Cned et du contenu de la documentation de la formation choisie et les accepter.

- Je ne souhaite pas recevoir de propositions de la part du Cned sur ses formations ou celles de ses partenaires.

**Date** obligatoire

\_\_\_\_\_

**Signature** obligatoire

Le directeur général du Cned et par délégation

  
Christophe Dussaud  
Directeur  
de l'Unité Opérationnelle CNED Pro

Christophe Dussaud  
Directeur de l'unité opérationnelle Cned Pro

Conformément au règlement 2016/679 et à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous êtes informé(e) et acceptez que le Cned mette en œuvre des traitements de données à caractère personnel destinés à assurer la gestion de la relation client, le suivi administratif et pédagogique, les bilans de formation et des enquêtes de satisfaction. Vous êtes informé(e) qu'il met également en œuvre des techniques de collecte et d'analyse des données d'apprentissage à des fins strictes de recherche, de statistiques, d'une meilleure compréhension des besoins de ses inscrits et d'une optimisation de leur parcours de formation à l'exclusion de tout profilage commercial. Pour plus d'information et pour connaître et exercer vos droits, consulter la politique de protection des données à caractère personnel disponible sur [cned.fr](http://cned.fr).

► **Dossier complet à renvoyer à :** se reporter au document « **INSCRIPTION, MODE D'EMPLOI** »

À retourner avec la fiche d'inscription, pour toute inscription dans le cadre de la formation professionnelle continue.

Adresse d'envoi :

**se reporter au document**

« **INSCRIPTION, MODE D'EMPLOI** »

## 1 - Renseignements concernant l'employeur

Réservé au Cned \_\_\_\_\_

Raison sociale \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

Statut juridique \_\_\_\_\_ Date de création \_\_\_\_\_

N° de Siret **obligatoire** \_\_\_\_\_ Code NAF \_\_\_\_\_

Obligatoire pour les organismes publics

Code service exécutant \_\_\_\_\_ N° d'engagement \_\_\_\_\_

Responsable de l'inscription et de la facturation/comptabilité

Mme  M. Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Fonction \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Adresse électronique \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Si vous bénéficiez d'une convention spécifique avec le Cned, indiquez sa référence \_\_\_\_\_

Si vous avez fait établir un devis de formation par le Cned, indiquez sa référence \_\_\_\_\_

## 2 - Renseignements concernant l'organisme qui finance la formation

Réservé au Cned \_\_\_\_\_

Raison sociale \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

Statut juridique \_\_\_\_\_ Date de création \_\_\_\_\_

N° de Siret **obligatoire** \_\_\_\_\_ Code NAF \_\_\_\_\_

Personne à contacter

Mme  M. Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Fonction \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Adresse électronique \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Montant financé \_\_\_\_\_ euros. Date de l'accord \_\_\_\_\_

Le salarié participe-t-il au financement de la formation ?  Oui  Non Si oui, pour quel montant ? \_\_\_\_\_ euros.

**NB : Veuillez reporter sur papier libre les mêmes renseignements pour tout autre organisme participant également au financement de la formation.**

## 3 - Engagement de l'employeur et du salarié

Je soussigné(e),  Mme  M. Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

agissant en qualité de \_\_\_\_\_

• déclare avoir pris connaissance de la fiche d'inscription remplie par M. \_\_\_\_\_

concernant une inscription à la formation \_\_\_\_\_, pour un montant global de \_\_\_\_\_ euros.

• demande l'établissement d'une convention de formation.

Vu et pris connaissance, à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Conformément au règlement 2016/679 et à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous êtes informé(e) et acceptez que le Cned mette en œuvre des traitements de données à caractère personnel destinés à assurer la gestion de la relation client, le suivi administratif et pédagogique, les bilans de formation et des enquêtes de satisfaction. Pour plus d'information et pour connaître et exercer vos droits, consulter la politique de protection des données à caractère personnel disponible sur Cned.fr.

**Signature et cachet de l'entreprise**

**Signature du salarié**

**Un conseiller à votre écoute au 05 49 49 94 94**

Tarifification ordinaire, sans surcoût

Cned - établissement public administratif - déclaration d'activité enregistrée sous le numéro 5486P002386 auprès du préfet de région de Poitou-Charentes -

Siret : 197 529 050 00183 - code UAI : 0861288H









**CNED**

Rétractation en ligne :  
<https://www.cned.fr/votre-demande-de-retractation>

## FORMULAIRE DE RÉTRACTATION

À adresser par courrier postal à l'unité opérationnelle du Cned qui assure le suivi de la formation

► Joindre un relevé d'identité bancaire (RIB) au nom du Client (inscrit majeur ou son représentant légal)

Avant de compléter ce formulaire, lire attentivement l'article 9 des présentes Conditions générales de vente.  
Toute inscription dans le cadre de l'article 5.2.1 - Inscription des publics soumis à conditions administratives particulières ne peut donner lieu à rétractation.

Je vous notifie par la présente ma rétractation du contrat portant sur l'inscription aux **formations / produits** ci-après :

Libellé(s) \_\_\_\_\_

Indicatif(s) (si vous le(s) connaissez) \_\_\_\_\_

**Coordonnées de l'inscrit** N° d'inscrit (si vous le connaissez) \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

Adresse électronique \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Coordonnées du représentant légal (obligatoire)**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

Adresse électronique \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Fait à**

**Le**

**Signature obligatoire**

de l'inscrit majeur ou de son représentant légal.