



**Financement de la procédure  
de Validation des Acquis Professionnels**

*(Articles D.613-38 et suivants du code de l'éducation)*



**TARIF EN VIGUEUR**

*voté par le conseil d'administration de l'Université le 08/07/2016*

PROCEDURE	FORMATION CONTINUE*	FORMATION PERMANENTE**
Instruction du dossier <b>Somme à acquitter lors du dépôt du dossier de demande de Validation des Acquis Professionnels</b>	105 €	105 €
Accompagnement facultatif Individuel ( <i>forfait de 1 heure</i> ) <b>Somme due à l'issue de la période d'accompagnement</b>	95 €	95 €

\* Formation Continue : prise en charge par un tiers

\*\* Formation Permanente : prise en charge financière par le candidat

**IMPORTANT** : le règlement est à établir à l'ordre de **M. l'agent comptable de l'Université de Limoges**, et à adresser accompagné de ce document à :

**IUT du Limousin Service  
Formation Continue Relations  
Entreprises - Alternance  
12 allée André-Maurois  
87065 Limoges  
Tél : 05 55 43 43 95 – Fax : 05 55 43 43 56  
Courriel : iut-entreprises@unilim.fr**



Financement de la procédure de Validation des Acquis Professionnels

Engagement financier

(à compléter obligatoirement)



Ce document a valeur d'engagement financier des parties. Il décrit, les engagements financiers pris par chacune des parties (candidat ou tiers – employeurs/OPCA/Pôle Emploi etc ...) ainsi que les échéances de paiement.

Ce document doit être joint au dossier de demande de dispense de diplôme dans le cadre de la procédure de validation des acquis professionnels (VAP).

DIPLOME POSTULE : .....

> CANDIDAT.E

NOM : ..... PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

ADRESSE :

.....

> TIERS FINANCEUR EVENTUEL (EMPLOYEUR, OPCA, POLE EMPLOI, ETC .....)

RAISON SOCIALE : .....

DENOMINATION : .....

SIRET : ..... CODE APE : .....

ADRESSE : .....

COORDONNEES CONTACT RH / FORMATION : .....

☎.....

@ .....

NOM / PRENOM DU REPRESENTANT DE L'ORGANISME SIGNATAIRE : .....

.....

DES LORS QUE LE FINANCEMENT EST ASSURE PAR PLUSIEURS FINANCEURS (STAGIAIRE ET/OU EMPLOYEUR ET/OU OPCA ET/POLE EMPLOI ETC ....), LA SOMME DES FINANCEMENTS DOIT ETRE EGALE A LA SOMME DES PRESTATIONS CHOISIES.



**Validation des Acquis Professionnels**  
**Prise en charge par le candidat**  
 (à compléter obligatoirement dans le cadre du tarif « formation permanente »)

**Cocher la ou les options correspondantes au choix dans le tableau ci-dessous :**

Les frais d'instruction et de recevabilité de la demande : <b>105 €</b>	Les frais d'accompagnement individuel (facultatif – 1 heure) : <b>95 €</b>
---	--

➤ **PRISE EN CHARGE PAR LE CANDIDAT**

Je soussigné.e, M ..... déclare m'engager à prendre en charge les  
 frais relatifs à la VAP pour un montant total de ..... €

(soit le montant total de la somme à régler selon les échéances prévues sur le tableau des tarifs).

Le règlement se fera à l'ordre de **M. l'Agent Comptable de l'Université de Limoges** et sera joint à cette fiche.

Fait pour servir et valoir ce que de droit A ....., le .....

Signature candidat.e

*En cas de défaut de règlement du tiers financeur, le candidat sera redevable envers l'Université de la somme due.*



## Validation des Acquis Professionnels

### Prise en charge par un tiers

(à compléter obligatoirement dans le cadre du tarif « formation continue »)

**Cocher la ou les options correspondantes au choix dans le tableau ci-dessous :**

Les frais d'instruction et de recevabilité de la demande : <b>105 €</b>	Les frais d'accompagnement individuel (facultatif – 1heure) : <b>95 €</b>
---	---

#### ➤ PRISE EN CHARGE EMPLOYEUR

Je soussigné.e, M ..... Fonction .....

engage l'Etablissement/Entreprise .....

à prendre en charge la procédure de VAP de M, Mme .....

**Montant total de la prise en charge par l'employeur : ..... €**

Fait pour servir et valoir ce que de droit A ....., le .....

Cachet de l'entreprise

Nom et signature du représentant de l'entreprise

#### ➤ PRISE EN CHARGE PAR UN ORGANISME TIERS

Je soussigné.e, M ..... Fonction .....

engage l'Organisme .....

à prendre en charge, concernant la procédure de VAP de M, Mme .....

**Montant total de la prise en charge par l'organisme tiers : ..... €**

Fait pour servir et valoir ce que de droit A ....., le .....

Cachet de l'organisme

Nom et signature du représentant de l'organisme