

Bulletin d'inscription

[Cliquez sur les n°
de page pour
imprimer ce qui
vous concerne](#)

- ➔ **CREEFI-Formation** page 2
- ➔ **Assistants Maternels** page 3 à 7
- ➔ **Salariés du Particulier Employeur** page 8 à 11

BULLETIN D'INSCRIPTION À UNE ACTION DE FORMATION CONTINUE

L'ACTION DE FORMATION

- Intitulé de la formation :
- Date de la session :

LE PARTICIPANT

- Nom / Prénom :
- Adresse :
- Code postal : Ville :
- Tél : Mail :
- Fonction professionnelle :

LA STRUCTURE OU L'ETABLISSEMENT

- Nom de la structure ou de l'établissement :
- Nom du responsable de la structure ou du chef d'établissement :
- Adresse :
- Code postal : Ville :
- Tél : Mail :
- N° de SIRET :
- Nom du responsable du suivi de la formation :
- Tél : Mail :
- Personne habilitée à signer la convention de formation :
 - o Nom / Prénom :
 - o Fonction :

PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE FORMATION

- ☐ OPCALIA
- ☐ FIF PL
- ☐ Autre OPCA :
- ☐ Fonds propres de l'établissement
- ☐ Individuelle

A....., Le

Nom et qualité du signataire

Cachet de la structure ou de l'établissement



Retourner l'original à l'organisme de formation que vous avez choisi valant demande de gestion d'action à AGEFOS PME

BULLETIN D'INSCRIPTION



Ce bulletin provisoire est susceptible d'évoluer en cours d'année en raison de la révision éventuelle des critères de prises en charge de la Branche professionnelle des assistants maternels du particulier employeur. Un seul bulletin d'inscription est à remplir pour chaque module.



A ASSISTANT MATERNEL

N° de passeport formation (si vous avez déjà suivi une formation) :

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom de naissance : **Mention obligatoire**

Nom :

Prénom :

N° Sécurité Sociale : **Mention obligatoire**

Date de naissance : / / **Mention obligatoire**

Adresse :

CP : Ville :

Téléphone fixe : Téléphone mobile :

Mail :

Niveau d'études **A1** : **Voir la notice page 5**

PIÈCES JUSTIFICATIVES



PIÈCES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT :

- Copie de l'agrément en cours de validité.
- Copie du dernier bulletin de salaire Pajemploi* aux nom et prénom de l'employeur facilitateur déclaré
- * La période d'emploi indiquée sur le document ne doit pas être datée de plus de 3 mois avant le démarrage de la formation.
- RIB de l'employeur facilitateur obligatoire : **aucun remboursement ne sera effectué si le RIB n'est pas fourni.**
- Copie des pièces d'identité du particulier employeur facilitateur et de l'assistant maternel.

Dans le cas où les heures de formation sont prises sur le temps d'accueil des enfants :

- Le planning (page 4) et les cases **B2** **B3** (page 1) sont à compléter obligatoirement.

B INFORMATIONS OBLIGATOIRES POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION

PARTICULIER EMPLOYEUR : VOUS N'AVEZ PAS À EFFECTUER DE DÉCLARATION AUPRÈS DU CENTRE PAJEMPLOI POUR LES HEURES DE FORMATION. LA DÉCLARATION SERA EFFECTUÉE PAR L'IRCEM PRÉVOYANCE. Lire le texte page 5, cadre **B**

Cadre du départ en formation :

Utilisation du PLAN de formation :

Nombre d'heures de formation suivies hors temps d'accueil **B1** : heures

Lors du départ en formation sur le PLAN hors temps d'accueil, l'assistant maternel doit être d'accord pour partir en formation.

Nombre d'heures de formation suivies sur temps d'accueil **B1** : heures

Voir la notice page 5

Le total des cases **B1** doit être identique à la case **E8**

A compléter si la formation a lieu sur le temps d'accueil : Voir planning de votre assistant maternel (page 4) à compléter obligatoirement dans le cas où les heures de formation sont prises sur le temps d'accueil des enfants.

ATTENTION, passé un délai de 2 jours ouvrés suivant le dernier jour de formation (cachet de La Poste ou date du mail faisant foi), aucune modification concernant le salaire et/ou l'allocation de formation et les frais annexes (km, repas, nuit d'hôtel) ne pourra être prise en compte.

Salaire horaire net de l'employeur facilitateur **B2** : €

Nombre total d'heures d'accueil habituel pendant les jours de formation pour tous les employeurs **B3** : heures
(Le total des cases **B3** du planning)

ELEMENTS DE REMBOURSEMENT AU FORFAIT DES FRAIS ANNEXES A LA FORMATION : Avez-vous des frais annexes ? ☐ oui ☐ non

Les frais annexes (km, repas et/ou hôtel) seront à déclarer au moment du module de formation sur la feuille d'émargement.

Voir barème des frais annexes dans la notice page 5.

C EMPLOYEUR FACILITATEUR DÉCLARÉ (INDIQUÉ SUR LE JUSTIFICATIF PAJEMPLOI JOINT A LA DEMANDE)

N° Pajemploi :

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom de naissance : **Mention obligatoire**

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse :

CP : Ville :

Téléphone fixe : Téléphone mobile :

Mail :

D ORGANISME DE FORMATION

Nom de l'organisme de formation : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

E FORMATION

Voir la notice page 5

Complétez toutes les informations du cadre **E** si votre demande est destinée à une certification. Dans le cas contraire, complétez uniquement le cadre **EB**.

EA	Certification E1 :	☐ Formation	☐ Accompagnement VAE
	Certification visée E2 :	☐ ASSISTANT MATERNEL/GARDE D'ENFANTS ☐ EMPLOYE FAMILIAL ☐ ASSISTANT DE VIE DEPENDANCE	
	Intitulé du bloc E3 :	_____	Référence du bloc E4 : _____
EB	Nombre d'heures du bloc + évaluations prévues E5 :	_____ heures	
	Intitulé du module E6 :	_____	
	Référence du module E7 :	_____	
	Nombre d'heures du module E8 :	_____	Date de début E9 : ____ / ____ / ____ Date de fin E9 : ____ / ____ / ____
	Lieu de formation E10 :	_____	Mode de formation E11 : ☐ Présentiel ☐ FOAD ☐ Blended
Si dernier module du bloc, cochez le nombre d'heures d'évaluation : ☐ 1H ou ☐ 2H			

ENGAGEMENTS

Pendant la totalité de sa formation, conformément aux informations notées dans le cadre **E** (page 2) :

- ✓ Je m'engage à être l'employeur facilitateur de mon assistant maternel, à lui verser l'allocation de formation (*formation en dehors du temps d'accueil*) et/ou le rémunérer pour la totalité des heures d'accueil pour tous les employeurs au taux horaire net indiqué dans la case **B2** (*formation sur du temps d'accueil*),
- ✓ Je serai remboursé par AGEFOS PME Hauts de France selon les critères de prise en charge en vigueur,
- ✓ Je certifie avoir pris connaissance que mon assistant maternel peut utiliser 48h de PLAN de formation par année civile,
- ✓ Mon assistant maternel travaille pour d'autres employeurs, je certifie avoir pris contact avec eux afin qu'ils autorisent son départ en formation (*si la formation se déroule sur du temps d'accueil*),
- ✓ Si la formation a lieu sur du temps d'accueil, j'ai complété le planning (page 4), reporté le nombre d'heures d'accueil de tous les employeurs (*total des cases B3*) et indiqué le salaire horaire net habituellement appliqué par l'employeur facilitateur,
- ✓ Je certifie l'exactitude des informations indiquées, **aucune modification ni ajout ne pourront être pris en compte.**

ATTENTION ! SEULE LA PERSONNE DÉCLARÉE EN TANT QU'EMPLOYEUR AUPRÈS DU CENTRE NATIONAL PAJEMPLOI EST HABILITÉE À SIGNER LE PRÉSENT DOCUMENT. LA SIGNATURE PAR UNE AUTRE PERSONNE ENTRAÎNE LA NULLITÉ DE LA DEMANDE D'INSCRIPTION.

Je soussigné(e) Mme/M _____ (Employeur facilitateur) :

- ✓ Certifie avoir pris connaissance et accepté les conditions générales de gestion du présent document,
- ✓ Autorise AGEFOS PME Hauts de France à régler directement les heures de formation à l'organisme de formation,
- ✓ Autorise AGEFOS PME Hauts de France à me rembourser des salaires et frais annexes à la formation par virement sur mon compte,
- ✓ Certifie avoir pris connaissance et accepté que les frais de dépenses de km, de repas et/ou d'hôtel seront déclarés par l'assistant maternel sur la feuille d'émargement,
- ✓ Certifie avoir pris connaissance que je dois pouvoir justifier de la réalité des dépenses de km, de repas et/ou d'hôtel déclarés sur la feuille d'émargement,
- ✓ Certifie avoir pris connaissance et accepté que l'IRCEM Prévoyance procédera pour mon compte à la déclaration et au paiement des cotisations et contributions, dues auprès de l'Urssaf pour le temps de formation.

S'il s'agit d'un départ en formation réalisé sur le PLAN hors temps d'accueil, je confirme que mon assistant maternel est d'accord pour suivre cette formation.

Date : ____ / ____ / ____

Signature de l'employeur facilitateur déclaré :

Signature de l'assistant maternel :

PARTICULIER EMPLOYEUR : VOUS N'AVEZ PAS À EFFECTUER DE DÉCLARATION AUPRÈS DE L'URSSAF OU DU CENTRE PAJEMPLOI POUR LES HEURES DE FORMATION. LA DÉCLARATION SERA EFFECTUÉE PAR L'IRCEM PRÉVOYANCE.

Lire le texte page 5, cadre **B**

Les données collectées sont obligatoires pour permettre la gestion de la formation. Ces données font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion de la formation dont le responsable est IPERIA l'Institut. Les destinataires sont IPERIA l'Institut, AGEFOS PME Hauts de France, l'IRCEM Prévoyance et les organismes de formation. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 dite « Informatique et libertés », vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à **IPERIA l'Institut, 60 avenue de Quakenbrück, - BP 136 - 61004 Alençon Cedex**. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Par ailleurs, vous êtes susceptibles de recevoir des offres et/ou des compléments d'information émanant des destinataires des données pour des formations analogues à celles auxquelles vous vous êtes inscrit.

☐ **EMPLOYEUR** : J'accepte d'être contacté(e) par les destinataires des données à des fins d'information et de prospection.

☐ **ASSISTANT MATERNEL** : J'accepte d'être contacté(e) par les destinataires des données à des fins d'information et de prospection.



CONDITIONS GÉNÉRALES DE GESTION

L'EMPLOYEUR FACILITATEUR S'ENGAGE À :

- ✓ Verser à l'assistant maternel le salaire et/ou l'allocation de formation,
- ✓ Rembourser à l'assistant maternel les frais annexes le cas échéant, selon les critères de prise en charge en vigueur,
- ✓ Ne pas demander le financement à un autre OPCA (*Organisme Paritaire Collecteur Agréé*),
- ✓ **Tenir à disposition d'AGEFOS PME Hauts de France les justificatifs de rémunération des heures de formation et les pièces justificatives des frais de restauration, d'hôtel et/ou de transport (y compris tickets de péage et de carburant),**
- ✓ Se soumettre aux contrôles pouvant être réalisés,
- ✓ Le cas échéant, à rembourser à AGEFOS PME Hauts de France les sommes indûment perçues,
- ✓ Informer IPERIA l'Institut et l'organisme de formation de toute suspension (*maladie, maternité, congé parental...*) ou rupture du contrat de travail ou arrêt de l'action de formation,
- ✓ Respecter l'ensemble des dispositions relatives à la convention du secteur, ainsi que les dispositions légales relatives au droit du travail.

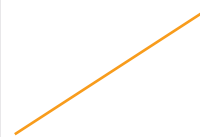
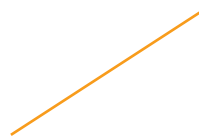
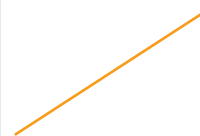
AGEFOS PME HAUTS DE FRANCE S'ENGAGE À :

- ✓ Vérifier la conformité de l'action de formation et déterminer le montant du financement accordé,
- ✓ Régler les heures de formation effectivement suivies par l'assistant maternel dans le respect des dispositions du Code du travail,
- ✓ Régler les frais annexes à la formation dans le respect des critères de prise en charge en vigueur et se réserve le droit de vérifier la conformité des déclarations relatives aux frais annexes, et d'apporter les corrections nécessaires au vu des justificatifs produits à sa demande,
- ✓ Mettre à la disposition des employeurs toute information relative aux dispositifs de formation, notamment l'accord formation du 21 septembre 2006.

PLANNING DE VOTRE ASSISTANT MATERNEL

⚠ A COMPLETER OBLIGATOIREMENT PAR L'EMPLOYEUR FACILITEUR POUR LE COMPTE DES AUTRES EMPLOYEURS ET UNIQUEMENT DANS LE CAS OÙ LES HEURES DE FORMATION SONT PRISES SUR LE TEMPS D'ACCUEIL DES ENFANTS

Nom et Prénom de l'assistant maternel : _____

 JOURS DE LA FORMATION	 EMPLOYEUR FACILITEUR	NOM DES AUTRES EMPLOYEURS			
		1	2	3	4
		Nom : _____ Prénom : _____	Nom : _____ Prénom : _____	Nom : _____ Prénom : _____	Nom : _____ Prénom : _____
		HORAIRES D'ACCUEIL			
EXEMPLE POUR 1 ENFANT 16/03/2017 OU EXEMPLE POUR PLUSIEURS ENFANTS (FRATRIE) 16/03/2017		8H00 à 16H30 TOTAL : 8H30			
	7H00 à 18H30 11H30 à 13H30 16H30 à 19H00 TOTAL : 16H				
____/____/____					
____/____/____					
____/____/____					
____/____/____					
____/____/____					
____/____/____					
TOTAL D'HEURES D'ACCUEIL*	B3 *	B3 *	B3 *	B3 *	B3 *

* A reporter dans la case **B3** (page 1) pour tous les employeurs

NOTICE



Afin de vous aider à compléter le bulletin d'inscription,
n'hésitez pas à contacter la plateforme d'IPERIA l'Institut

0 800 820 920 Service & appel gratuits

Ce bulletin d'inscription vous permet de ne pas envoyer de demande de remboursement des salaires et autres frais auprès d'AGEFOS PME. Il doit être obligatoirement signé par le particulier employeur et l'assistant maternel.

Le bulletin d'inscription n'est pas à remplir :

- Si l'action choisie ne figure pas dans le catalogue de la Branche professionnelle, dans ce cas, utilisez l'imprimé "Action hors catalogue" ou contactez AGEFOS PME au 0 825 077 078 (0.15€/mn) qui vous précisera les modalités de prises en charge possibles.

A ASSISTANT MATERNEL

⚠ L'ensemble des informations doit être obligatoirement complété. Les nom et prénom indiqués dans le cadre **A** doivent être identiques aux nom et prénom indiqués sur le bulletin de salaire Pajemploi et l'agrément.

LE PASSEPORT DE FORMATION : Il a été remis à votre assistant maternel si celui-ci a déjà suivi une formation. Dans le cas contraire, l'organisme de formation lui remettra un passeport à la fin de sa formation. Son numéro est unique et votre assistant maternel doit être en mesure de vous le communiquer.

La pièce d'identité de l'assistant maternel est obligatoire pour une action certifiante.

B INFORMATIONS OBLIGATOIRES POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION

⚠ Ce cadre doit être obligatoirement manuscrit et complété à l'encre bleue.

ATTENTION : si la formation a lieu pendant le temps d'accueil des enfants, la rémunération pendant la formation est soumise à cotisations et contributions sociales. L'IRCEM Prévoyance procédera pour le compte de l'employeur facilitateur à la déclaration et au paiement des cotisations et contributions afférentes au temps de formation auprès de l'Urssaf. Vous ne devez pas déclarer les heures de formation suivies par votre assistant maternel ni les heures d'accueil des enfants indiquées sur le planning (page 4) auprès du Centre national Pajemploi ou de l'Urssaf, mais déclarer uniquement les heures d'accueil réellement travaillées. Par conséquent, un relevé d'information sera envoyé à l'employeur facilitateur qui devra le compléter, le signer et le remettre à son assistant maternel. Attention, ce relevé d'information correspondra uniquement aux heures de formation effectuées.

Cadre du départ en formation :

B1 L'employeur facilitateur doit indiquer le nombre d'heures de formation suivi dans le cadre du PLAN. Si la formation a lieu sur le temps d'accueil des enfants : **B2** l'employeur facilitateur doit notifier le salaire horaire net de l'assistant maternel. **B3** Page 4 : remplir le planning de votre assistant maternel qui est obligatoire dans le cas où des heures de formation sont prises sur le temps d'accueil des enfants. Vous reporterez le total des heures d'accueil pour chaque employeur à la page 1 dans la case correspondante.

Pour info :

Le nombre d'heures de formation utilisé dans le cadre du PLAN hors temps d'accueil doit être rémunéré à l'assistant maternel sous la forme d'une allocation de formation forfaitisée à 4,29€ de l'heure* (Nb d'heures de formation x 4,29€). Seules les heures de formation effectivement réalisées donnent lieu au versement de l'allocation de formation.

* Ce montant est susceptible d'évoluer en cas d'augmentation du SMIC.

ELEMENTS DE REMBOURSEMENT AU FORFAIT DES FRAIS ANNEXES A LA FORMATION

Les frais annexes (km, repas, nuits d'hôtel) seront déclarés jour par jour par l'assistant maternel lors du module de formation sur la feuille d'émargement :

- Le nombre total de kilomètres à parcourir correspond à la distance entre le lieu d'habitation de l'assistant maternel et le lieu de la formation, aller/retour par jour de formation. Le remboursement des frais kilométriques est plafonné à 200 km aller/retour par jour de formation. Le calcul des kilomètres doit être réalisé avec l'outil Google Maps.
- Le déjeuner se justifie lorsque la formation se déroule sur la journée entière.
- Le dîner est justifié dans le cadre d'un hébergement à l'hôtel.
- La nuit d'hôtel se justifie si la formation se déroule sur 2 jours consécutifs ou si, compte tenu du lieu de formation l'assistant maternel arrive la veille. En cas de nuits d'hôtel sur des jours de formation qui se suivent, le remboursement des frais kilométriques est plafonné à 100 km aller et 100 km retour.

Barème des frais annexes au forfait :



0.211€
du km**



Le déjeuner et/ou dîner :
12€**



Nuit d'hôtel :
70€ pour la province**
90€ pour Paris,
petit déjeuner compris**

**Taux et montants indicatifs susceptibles d'être révisés en cours d'année

Les pièces justificatives sont à tenir à disposition d'AGEFOS PME (frais de restauration, d'hôtel, et/ou de transport, y compris les tickets de péage et de carburant) qui peut à tout moment les demander et procéder aux corrections éventuelles.

Le remboursement des frais annexes à la formation sera subordonné à la réalisation effective de la formation.

Niveau d'études A1 : Renseigner le niveau d'études de l'assistant maternel à l'entrée de la formation (voir niveaux en dessous) :

- **NIVEAU VI** : sortie de collège avant la 3^{ème} sans diplôme
- **NIVEAU V BIS** : sortie de 3^{ème} ou abandon en classes de CAP/BEP avant la terminale
- **NIVEAU V** : sortie de l'année terminale de CAP/BEP ou abandon de la scolarité avant la terminale
- **NIVEAU IV** : titulaire du bac ou abandon avant l'obtention d'un niveau Bac +2
- **NIVEAU III** : sortie avec le niveau Bac +2
- **NIVEAU I et II** : sortie avec un diplôme de 2 ou 3^{ème} cycle universitaire ou de grande école

C EMPLOYEUR FACILITATEUR* DÉCLARÉ

⚠ L'ensemble des informations doit être obligatoirement complété.

Numéro Pajemploi : le numéro correspond au numéro employeur indiqué sur le bulletin de salaire Pajemploi.

- La copie de l'agrément délivré par le Conseil Général ou le Conseil Départemental doit vous être transmise par votre assistant maternel.
- La copie du dernier bulletin de salaire de Pajemploi doit vous être transmise par votre assistant maternel.
- **Le relevé d'identité bancaire (RIB) est obligatoire même si votre assistant maternel a déjà suivi une formation. Aucun remboursement ne sera effectué si le RIB n'est pas fourni.**

Les nom et prénom indiqués dans le cadre **C** doivent être identiques au Nom et Prénom indiqués sur le bulletin de salaire Pajemploi et le RIB.

Dans le cas où les heures de formation sont prises sur le temps d'accueil des enfants, le planning (page 4) est à compléter obligatoirement.

Votre assistant maternel vient d'être recruté et vous n'avez pas encore effectué de déclaration auprès de Pajemploi ou de l'Urssaf : joindre dès que possible un bulletin de salaire Pajemploi afin d'obtenir la prise en charge par AGEFOS PME Hauts de France.

*Employeur qui porte le projet de formation de l'assistant maternel

D ORGANISME DE FORMATION

⚠ L'ensemble des informations doit être obligatoirement complété.

E FORMATION

Si votre demande est destinée à une certification, toutes les informations des cadres **EA** et **EB** doivent être complétées.

E3 E4 E5 Sur le catalogue papier, vous trouverez l'intitulé, la référence et le nombre d'heures du bloc.

Si votre demande est destinée à un module non certifiant, seules les informations du cadre **EB** doivent être complétées.

E6 E7 E8 Sur le catalogue papier, vous trouverez l'intitulé, la référence et le nombre d'heures du module choisi.

E9 E10 Sur notre portail de la professionnalisation www.iperia.eu, vous trouverez les dates et le lieu de formation.

E11 Il existe 3 modes de formation :

- Présentiel - FOAD (Formation à distance) - Blended (Présentiel et à distance)

SIGNATURE (page 2) :

Les signatures doivent être obligatoirement manuscrites et originales.



60 avenue de Quakenbrück - BP 136 - 61004 ALENÇON CEDEX
www.iperia.eu



Retourner l'original à l'organisme de formation que vous avez choisi valant demande de gestion d'action à AGEFOS PME

BULLETIN D'INSCRIPTION



Ce bulletin provisoire est susceptible d'évoluer en cours d'année en raison de la révision éventuelle des critères de prises en charge de la Branche professionnelle des salariés du particulier employeur. Un seul bulletin d'inscription est à remplir pour chaque module.

A SALARIÉ

N° de passeport formation (si vous avez déjà suivi une formation) : ☐ Madame ☐ MonsieurNom de naissance : **Mention obligatoire**Nom : Prénom : N° Sécurité Sociale : **Mention obligatoire**Date de naissance : / / **Mention obligatoire**Adresse : CP : Ville : Téléphone fixe : Téléphone mobile : Mail : Niveau d'études **A1** : **Voir la notice page 4**Catégorie socio-professionnelle (CSP) **A2** : Activité professionnelle :

PIÈCES JUSTIFICATIVES

**PIÈCES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT AUX NOM ET PRÉNOM DE L'EMPLOYEUR PORTEUR DÉCLARÉ :****Pour un salarié déclaré au Cncesu :**

- Copie de l'avis de prélèvement automatique du Cncesu*
- ou**
- Attestation d'emploi valant bulletin de salaire du Cncesu*

Pour un salarié déclaré au Pajemploi :

- Copie du dernier décompte des cotisations Pajemploi*
- ou**
- Bulletin de salaire Pajemploi*

Pour un salarié déclaré à l'Urssaf :

- Copie du dernier avis d'échéance de cotisations trimestrielles Urssaf*
- ou**
- Justificatif de paiement Urssaf*

* La période d'emploi indiquée sur le document ne doit pas être datée de plus de 3 mois avant le démarrage de la formation.

- Relevé d'Identité Bancaire de l'employeur porteur déclaré pour un remboursement par virement.

- Copie des pièces d'identité de l'employeur porteur déclaré et du salarié.

B INFORMATIONS OBLIGATOIRES POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION

Ces éléments sont nécessaires pour le remboursement de l'employeur des salaires et frais.

Voir la notice page 4**PARTICULIER EMPLOYEUR : VOUS N'AVEZ PAS À EFFECTUER DE DÉCLARATION AUPRÈS DE L'URSSAF, DU CNCESU OU DU CENTRE PAJEMPLOI POUR LES HEURES DE FORMATION. LA DÉCLARATION SERA EFFECTUÉE PAR L'IRCEM PRÉVOYANCE. Lire le texte page 4, cadre **B******Cadre du départ en formation :** Utilisation du nombre d'heures du PLAN **B1** : heures. Nombre d'heures identique au nombre d'heures mentionné en **F8**.**ATTENTION, passé un délai de 2 jours ouvrés suivant le dernier jour de formation (cachet de La Poste ou date du mail faisant foi), aucune modification concernant le salaire et les frais annexes (km, repas, nuit d'hôtel) ne pourra être prise en compte.**☐ Salarié non cadre **ou** ☐ CadreSalaire horaire net habituel chez l'employeur porteur : € avec congés payés **ou** € sans congés payés
Salaire horaire net +10%

ELEMENTS DE REMBOURSEMENT AU FORFAIT DES FRAIS ANNEXES A LA FORMATION

Aurez-vous des frais annexes ? ☐ oui ☐ non

Les frais annexes (km, repas et/ou hôtel) seront à déclarer au moment du module de formation sur la feuille d'embarquement.

Voir barème des frais annexes dans la notice page 4.

C EMPLOYEUR PORTEUR DÉCLARÉ

(INDIQUÉ SUR LE JUSTIFICATIF CNCESU OU PAJEMPLOI OU URSSAF JOINT A LA DEMANDE)

N° Cncesu, Pajemploi ou Urssaf : ☐ Madame ☐ MonsieurNom de naissance : **Mention obligatoire**Nom : Prénom : Date de naissance : / / Adresse : CP : Ville : Téléphone fixe : Téléphone mobile : Mail :

D STRUCTURE MANDATAIRE

VOUS ACCOMPAGNANT DANS VOS DÉMARCHES

(à compléter afin que la structure soit informée des remboursements)

Nom de la structure : Contact : Adresse : Téléphone : FAX : Mail :

E ORGANISME DE FORMATION

Nom de l'organisme de formation : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

F FORMATION

Voir la notice page 4

Complétez toutes les informations du cadre **F** si votre demande est destinée à une certification. Dans le cas contraire, complétez uniquement le cadre **FB**.**FA****Certification F1** : ☐ Formation ☐ Accompagnement VAE**Certification visée F2** : ☐ EMPLOYE FAMILIAL ☐ ASSISTANT DE VIE DEPENDANCE ☐ ASSISTANT MATERNEL/GARDE D'ENFANTS**Intitulé du bloc F3** : _____ **Référence du bloc F4** : _____**Nombre d'heures du bloc + évaluations prévues F5** : _____ heures**Intitulé du module F6** : _____**Référence du module F7** : _____**FB****Nombre d'heures du module F8** : _____ **Date de début F9** : ____ / ____ / ____ **Date de fin F9** : ____ / ____ / ____**Lieu de formation F10** : _____ **Mode de formation F11** : ☐ Présentiel ☐ FOAD ☐ BlendedSi dernier module du bloc, cochez le nombre d'heures d'évaluation : ☐ 1H ou ☐ 2H**ENGAGEMENTS**

- ✓ Je m'engage à être le seul employeur à rémunérer le salarié pendant la totalité de la formation,
- ✓ Je certifie que les autres employeurs ont été informés et qu'ils autorisent le départ en formation du salarié (si le salarié est "multi-employeur" et si la formation se déroule sur le temps habituellement travaillé chez eux),
- ✓ Je suis informé(e) que je serai remboursé(e) par AGEFOS PME Centre Val de Loire selon les critères de prise en charge en vigueur,
- ✓ Je certifie avoir pris connaissance que mon salarié peut utiliser 40h de Plan de formation par année civile,
- ✓ Je certifie l'exactitude des informations indiquées, aucune modification ni ajout ne pourront être pris en compte.

ATTENTION ! SEULE LA PERSONNE DÉCLARÉE EN TANT QU'EMPLOYEUR AUPRÈS DE L'URSSAF, PAJEMPLOI OU CNCESU EST HABILITÉE À SIGNER LE PRÉSENT DOCUMENT. LA SIGNATURE PAR UNE AUTRE PERSONNE ENTRAÎNE LA NULLITÉ DE LA DEMANDE D'INSCRIPTION.

Je soussigné(e) Mme/M _____ (Employeur Porteur ou représentant légal**) certifie :

- ✓ Avoir pris connaissance et accepté les conditions générales de gestion du présent document (page 3),
- ✓ Autoriser AGEFOS PME Centre Val de Loire à régler directement les heures de formation à l'organisme de formation, à me rembourser des salaires et frais annexes à la formation par virement sur mon compte,
- ✓ Avoir pris connaissance et accepté que les frais de dépenses de km, de repas et/ou d'hôtel seront déclarés par le stagiaire lors du module sur la feuille d'émargement,
- ✓ Pouvoir justifier de la réalité de dépenses de km, de repas et/ou d'hôtel déclarés sur la feuille d'émargement,
- ✓ Rémunérer le salarié du particulier employeur dans le cadre d'une "garde partagée" au même taux horaire que les autres particuliers employeurs concernés par cette garde partagée,
- ✓ Avoir pris connaissance et accepté que l'IRCEM Prévoyance procédera pour mon compte à la déclaration et au paiement des cotisations et contributions, dues auprès de l'Urssaf pour le temps de formation.

Date : ____ / ____ / ____

Signature de l'employeur porteur déclaré ou de son représentant légal** :

Qualité, nom, prénom

Signature du salarié :**** En cas de présence d'un représentant légal (tuteur ou curateur), merci de préciser l'adresse de correspondance liée à ce départ en formation :**

Nom-Prénom : _____ Qualité : _____

Nom de la structure : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

PARTICULIER EMPLOYEUR : VOUS N'AVEZ PAS À EFFECTUER DE DÉCLARATION AUPRÈS DE L'URSSAF, DU CNCESU OU DU CENTRE PAJEMPLOI POUR LES HEURES EFFECTUÉES PENDANT LA FORMATION. LA DÉCLARATION SERA EFFECTUÉE PAR L'IRCEM PRÉVOYANCE.

Lire le texte page 4, cadre **B**

Les données collectées sont obligatoires pour permettre la gestion de la formation. Ces données font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion de la formation dont le responsable est IPERIA l'Institut. Les destinataires sont IPERIA l'Institut, AGEFOS PME CENTRE VAL DE LOIRE, l'IRCEM Prévoyance et les organismes de formation. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 dite « Informatique et libertés », vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à **IPERIA l'Institut, 60 avenue de Quakenbrück, - BP 136 - 61004 Alençon Cedex**. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Par ailleurs, vous êtes susceptibles de recevoir des offres et/ou des compléments d'information émanant des destinataires des données pour des formations analogues à celles auxquelles vous vous êtes inscrit.

☐ **EMPLOYEUR** : J'accepte d'être contacté(e) par les destinataires des données à des fins d'information et de prospection.

☐ **SALARIÉ** : J'accepte d'être contacté(e) par les destinataires des données à des fins d'information et de prospection.



CONDITIONS GÉNÉRALES DE GESTION

L'EMPLOYEUR PORTEUR DÉCLARÉ S'ENGAGE À :

- ✓ Verser au salarié le salaire,
- ✓ Rembourser au salarié les frais annexes le cas échéant, selon les critères de prise en charge en vigueur,
- ✓ Ne pas demander le financement à un autre OPCA (*Organisme Paritaire Collecteur Agréé*),
- ✓ **Tenir à disposition d'AGEFOS PME les justificatifs de rémunération des heures de formation et les pièces justificatives des frais de restauration, d'hôtel et de transport (y compris tickets de péage et de carburant),**
- ✓ Se soumettre aux contrôles pouvant être réalisés,
- ✓ Le cas échéant, à rembourser à AGEFOS PME Centre Val de Loire les sommes indûment perçues,
- ✓ Informer IPERIA l'Institut et l'organisme de formation de toute suspension (*maladie, maternité, congé parental...*) ou rupture du contrat de travail ou arrêt de l'action de formation,
- ✓ Respecter l'ensemble des dispositions relatives à la convention du secteur, ainsi que les dispositions légales relatives au droit du travail.

AGEFOS PME CENTRE VAL DE LOIRE S'ENGAGE À :

- ✓ Vérifier la conformité de l'action de formation et à déterminer le montant du financement accordé,
- ✓ Régler les heures de formation effectivement suivies par le salarié dans le respect des dispositions du Code du travail,
- ✓ Régler les frais annexes à la formation dans le respect des critères de prise en charge en vigueur, et se réserve le droit de vérifier la conformité des déclarations relatives aux frais annexes, et d'apporter les corrections nécessaires au vu des justificatifs produits à sa demande,
- ✓ Mettre à la disposition des employeurs toute information relative aux dispositifs de formation, notamment l'accord formation du 4 février 2008.

NOTICE



Afin de vous aider à compléter le bulletin d'inscription,
n'hésitez pas à contacter la plateforme d'IPERIA l'Institut

0 800 820 920 Service & appel gratuits

Ce bulletin d'inscription vous permet de ne pas envoyer de demande de remboursement des salaires et autres frais auprès d'AGEFOS PME. Il doit être obligatoirement signé par le particulier employeur et le salarié.

Le bulletin d'inscription n'est pas à remplir :

- Si l'action choisie ne figure pas dans le catalogue de la Branche professionnelle, dans ce cas, utilisez l'imprimé "Demande de Gestion d'Action (DGA)" ou contactez AGEFOS PME au 0 825 077 078 (0.15€/mn) qui vous précisera les modalités de prises en charge possibles.

A SALARIÉ

⚠ L'ensemble des informations doit être obligatoirement complété.

LE PASSEPORT DE FORMATION : Il a été remis à votre salarié si celui-ci a déjà suivi une formation. Dans le cas contraire, l'organisme de formation lui remettra un passeport à la fin de sa formation. Son numéro est unique et votre salarié doit être en mesure de vous le communiquer.

La pièce d'identité du salarié est obligatoire pour une action certifiante.

Les nom et prénom indiqués dans le cadre **A** doivent être identiques aux nom et prénom indiqués sur le justificatif de cotisation de l'Urssaf, Pajemploi ou Cncesu.

Niveau d'études **A1 :** Renseigner le niveau d'études du salarié à l'entrée de la formation (voir niveaux en dessous) :

- **NIVEAU VI :** sortie de collège avant la 3^{ème} sans diplôme
- **NIVEAU V BIS :** sortie de 3^{ème} ou abandon en classes de CAP/BEP avant la terminale
- **NIVEAU V :** sortie de l'année terminale de CAP/BEP ou abandon de la scolarité avant la terminale
- **NIVEAU IV :** titulaire du bac ou abandon avant l'obtention d'un niveau Bac +2
- **NIVEAU III :** sortie avec le niveau Bac +2
- **NIVEAU I et II :** sortie avec un diplôme de 2 ou 3^{ème} cycle universitaire ou de grande école

Catégorie socio-professionnelle (CSP) **A2 :** Renseigner à quelle CSP le salarié appartient parmi la liste proposée ci-dessous :

- 1 - Ouvriers non qualifiés (ONQ)
- 2 - Ouvriers qualifiés (OQ)
- 3 - Employés (EMP)
- 4 - Techniciens / Agents de maîtrise (TAM)
- 5 - Ingénieurs et cadres (CAD)
- 6 - Dirigeants salariés (DS)
- 7 - Dirigeants non-salariés, exclus de la prise en charge par AGEFOS PME (DNS)

B INFORMATIONS OBLIGATOIRES
POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION

⚠ Ce cadre doit être obligatoirement manuscrit et complété à l'encre bleue.

ATTENTION : que la formation ait lieu pendant le temps de travail ou hors du travail, la rémunération pendant la formation est soumise à cotisations et contributions sociales. L'IRCEM Prévoyance procédera pour le compte de l'employeur porteur à la déclaration et au paiement des cotisations et contributions afférentes au temps de formation auprès de l'Urssaf. Vous ne devez pas déclarer les heures de formation suivies par votre salarié auprès du Cncesu, de Pajemploi ou de l'Urssaf, mais déclarer uniquement les heures réellement travaillées. Par conséquent, un relevé d'information sera envoyé à l'employeur porteur qui devra le compléter, le signer et le remettre à son salarié. Attention, ce relevé d'information correspondra uniquement aux heures de formation effectuées.

Cadre du départ en formation : **B1** L'employeur porteur doit indiquer le nombre d'heures de formation suivies dans le cadre du PLAN.

ELEMENTS DE REMBOURSEMENT AU FORFAIT DES FRAIS ANNEXES A LA FORMATION

Les frais annexes (km, repas, nuits d'hôtel) seront déclarés jour par jour par le salarié lors du module de formation sur la feuille d'émargement :

- Le nombre total de kilomètres à parcourir correspond à la distance entre le lieu d'habitation du salarié et le lieu de la formation, aller/retour par jour de formation. Le remboursement des frais kilométriques est plafonné à 200 km aller/retour par jour de formation. Le calcul des kilomètres doit être réalisé avec l'outil Google Maps.
- Le déjeuner se justifie lorsque la formation se déroule sur la journée entière.
- Le dîner est justifié dans le cadre d'un hébergement à l'hôtel.
- La nuit d'hôtel se justifie si la formation se déroule sur 2 jours consécutifs ou si, compte tenu du lieu de formation le salarié arrive la veille. En cas de nuits d'hôtel sur des jours de formation qui se suivent, le remboursement des frais kilométriques est plafonné à 100 km aller et 100 km retour.

Barème des frais annexes au forfait :



0.211€
du km**



Le déjeuner et/ou dîner :
12€**



Nuit d'hôtel :
70€ pour la province**
90€ pour Paris,
petit déjeuner compris**

**Taux et montants indicatifs susceptibles d'être révisés en cours d'année

Les pièces justificatives sont à tenir à disposition d'AGEFOS PME (frais de restauration, d'hôtel, et/ou de transport, y compris les tickets de péage et de carburant) qui peut à tout moment les demander et procéder aux corrections éventuelles.

Le remboursement des frais annexes à la formation sera subordonné à la réalisation effective de la formation.

C EMPLOYEUR PORTEUR* DÉCLARÉ

⚠ L'ensemble des informations doit être obligatoirement complété.

Le relevé d'identité bancaire (RIB) est obligatoire (pour un remboursement par virement) même si votre salarié a déjà suivi une formation.

Les nom et prénom indiqués dans le cadre **C** doivent être identiques au Nom et Prénom indiqués sur le justificatif de cotisation du Cncesu ou Pajemploi ou Urssaf et le RIB.

Votre salarié vient d'être recruté et vous n'avez pas encore effectué de déclaration auprès de Pajemploi, Cncesu ou Urssaf : joindre dès que possible un justificatif Cncesu, Pajemploi ou Urssaf afin d'obtenir la prise en charge par AGEFOS PME Centre Val de Loire.

*Employeur qui porte le projet de formation du salarié

D STRUCTURE MANDATAIRE

⚠ L'ensemble des informations permettra de tenir informée la structure mandataire des remboursements effectués par AGEFOS PME à l'employeur porteur.

E ORGANISME DE FORMATION

⚠ L'ensemble des informations doit être obligatoirement complété.

F FORMATION

Si votre demande est destinée à une certification, toutes les informations des cadres **FA** et **FB** doivent être complétées.

F3 F4 F5 Sur le catalogue papier, vous trouverez l'intitulé, la référence et le nombre d'heures du bloc.

Si votre demande est destinée à un module non certifiant, seules les informations du cadre **FB** doivent être complétées.

F6 F7 F8 Sur le catalogue papier, vous trouverez l'intitulé, la référence et le nombre d'heures du module choisi.

F9 F10 Sur notre portail de la professionnalisation www.iperia.eu, vous trouverez les dates et le lieu de formation.

F11 Il existe 3 modes de formation :

- Présentiel - FOAD (Formation à distance) - Blended (Présentiel et à distance)

SIGNATURE (page 2) :

Les signatures doivent être obligatoirement manuscrites et originales.