



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  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 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**  Cadre

Salaire horaire net habituel chez l'employeur porteur : \_\_\_\_\_ € avec congés payés *Salaire horaire net +10%* **ou** \_\_\_\_\_ € sans congés payés

### 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  Monsieur

Nom 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 : Institut ARITAS Formation Téléphone : 01.42.93.48.82  
 Adresse : 86, Rue Cardinet www.aritasgroupe.fr  
 CP : 75017 Ville : PARIS contact@aritasgroupe.fr

## 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  Blended  
 Si 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<sup>ème</sup> sans diplôme
- **NIVEAU V BIS** : sortie de 3<sup>ème</sup> 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<sup>ème</sup> 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](http://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.

