

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

0 800 820 920 Service & appel gratuits

# BULLETIN D'INSCRIPTION

**FORMATION ENVISAGÉE SUR DU TEMPS D'ACCUEIL  
OU SUR DU TEMPS D'ACCUEIL ET DU HORS TEMPS D'ACCUEIL AVEC ACCORD DE L'EMPLOYEUR**

 L'original de ce bulletin d'inscription devra parvenir à l'organisme de formation que vous aurez choisi, **au minimum 30 jours avant le début de la formation**. Un seul bulletin d'inscription est à remplir pour chaque parcours bloc.



## 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 3

## PIÈCES JUSTIFICATIVES

Afin que votre demande soit prise en compte, il est **IMPÉRATIF** d'adresser avec le bulletin d'inscription dûment complété, toutes les pièces justificatives listées ci-dessous.

### PIÈCES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT AUX NOM ET PRÉNOM DE L'EMPLOYEUR FACILITATEUR DÉCLARÉ :

- Copie du dernier bulletin de salaire Pajemploi<sup>®</sup> 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.

+

- Relevé d'Identité Bancaire au nom de l'employeur facilitateur obligatoire, **aucun remboursement ne sera effectué si le RIB n'est pas fourni.**

+

- Copie des pièces d'identité de l'employeur facilitateur déclaré et de l'assistant maternel.

## B INFORMATIONS OBLIGATOIRES POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION

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

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

Le total des cases **B1** doit être identique à la case **E5**

Salaire horaire net de l'employeur facilitateur **B2** : \_\_\_\_\_ euros.

### ELEMENTS DE REMBOURSEMENT DES FRAIS ANNEXES AU RÉEL ET PLAFONNÉS :

**Le montant des frais annexes est plafonné sur la base de 3€ par heure de présence au module. Les frais annexes sont remboursables à la hauteur des barèmes décrits dans la notice page 3.**

À la fin de chaque module, l'organisme de formation vous adressera une note de frais récapitulative des dépenses à compléter et à retourner accompagnée des justificatifs scotchés au verso. Ces documents doivent être transmis à l'organisme de formation au plus tard dans les 15 jours après réception.

## 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 : \_\_\_\_\_ Mention obligatoire

## D ORGANISME DE FORMATION

Nom de l'organisme de formation :

\_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

**E BLOC DE COMPÉTENCES ET ÉVALUATION(S)**Voie de certification **E1** :  Formation  Accompagnement VAE

Voir la notice page 3

Certification visée **E2** :  ASSISTANT MATERNEL/GARDE D'ENFANTS  EMPLOYÉ FAMILIAL  ASSISTANT DE VIE DÉPENDANCEIntitulé du bloc **E3** : \_\_\_\_\_ Référence du bloc **E4** : \_\_\_\_\_

Nombre d'heures du bloc + évaluations prévues : \_\_\_\_\_ heures

Si dernier module du bloc, cochez le nombre d'heures d'évaluation :  1H ou  2H

Si dispense sur tous les modules du bloc, cochez le nombre d'heures d'évaluation et indiquez la date ou les dates :

 1 heure : Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  2 heures : Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_Nombre total d'heures DIF/CPF + évaluations mobilisées **E5** : \_\_\_\_\_ heuresDate de début **E6** : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_Date de fin **E6** : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_Lieu de formation **E7** : \_\_\_\_\_Mode de formation **E8** :  Présentiel  FOAD  Blended**JE CERTIFIE L'EXACTITUDE DES INFORMATIONS INDIQUÉES, AUCUNE MODIFICATION NI AJOUT NE POURRONT ÊTRE PRIS EN COMPTE.**

Je soussigné(e) Mme/M \_\_\_\_\_ (Employeur facilitateur) :

- ✓ Certifie avoir pris connaissance et accepté les conditions générales de la demande de prise en charge,
- ✓ Si la formation a lieu sur du temps d'accueil, avoir reporté le nombre d'heures d'accueil de tous les employeurs et indiqué le salaire horaire net habituellement appliqué chez l'employeur facilitateur,
- ✓ S'engage à verser le salaire à l'assistant maternel,
- ✓ S'engage à rembourser à l'assistant maternel les frais annexes échéants, selon les critères de prise en charge en vigueur,
- ✓ S'engage à transmettre à l'organisme de formation au terme de la formation, la note de frais récapitulative des dépenses liées à chaque module accompagnée des justificatifs de dépenses,
- ✓ Autorise AGEFOS PME Hauts de France à me rembourser les salaires et/ou les frais annexes à la formation par virement sur mon compte,
- ✓ S'est assuré auprès de son assistant maternel qu'il a ouvert son compte personnel de formation et dispose des heures nécessaires et suffisantes pour la formation demandée et que son assistant maternel ne mobilisera pas ces heures pour une autre demande.

**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.**

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature de l'employeur facilitateur déclaré :

Signature de l'assistant maternel :

\*Certifie avoir ouvert mon compte personnel de formation et dispose des heures nécessaires et suffisantes pour la formation demandée et ne pas mobiliser ces heures pour une autre demande.

# CONDITIONS GÉNÉRALES DE GESTION

FORMATION ENVISAGÉE **SUR DU TEMPS D'ACCUEIL OU SUR DU TEMPS D'ACCUEIL ET DU HORS TEMPS D'ACCUEIL AVEC ACCORD DE L'EMPLOYEUR****L'ASSISTANT MATERNEL S'ENGAGE :**

- ✓ A s'inscrire sur le site [moncompteactivite.gouv.fr](http://moncompteactivite.gouv.fr) pour activer son compte personnel de formation,
- ✓ A suivre la ou les actions de formation avec assiduité,
- ✓ A informer IPERIA et l'organisme de formation de tout arrêt de la ou des formations ou rupture du contrat de travail,

**AGEFOS PME HAUTS DE FRANCE S'ENGAGE :**

- ✓ A vérifier la conformité de la ou des actions de formation et à déterminer le montant du financement accordé,
- ✓ A mettre à disposition des assistants maternels toute information relative à la formation professionnelle continue sur son site internet : [www.agefos-pme.com](http://www.agefos-pme.com).

Les données collectées sont obligatoires pour permettre la gestion de la formation (base juridique : obligation légale) et sont archivées pendant la durée légale nécessaire à la gestion et à la justification de leurs droits. Les destinataires sont IPERIA et ses partenaires, l'IRCEM Prévoyance et les organismes de formation.

Conformément à la législation applicable sur la protection des données, les employeurs peuvent accéder, modifier, s'opposer au traitement et demander la suppression de leurs données à caractère personnel recueillies et traitées et en obtenir la communication dans un format structuré et lisible (sauf empêchement légitime). Ils disposent également du droit d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle et de définir des directives relatives à leur testament numérique. Ils peuvent exercer leurs droits en adressant un courrier à l'adresse suivante : IPERIA l'Institut, 60 avenue de Quakenbrück (BP 136) 61004 Alençon Cedex.

# NOTICE

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

0 800 820 920 Service & appel gratuits

## A ASSISTANT MATERNEL

**!** L'ensemble des informations doit être obligatoirement complété.

**LE PASSEPORT DE FORMATION : Il a été remis à l'assistant maternel s'il a déjà suivi une formation. Dans le cas contraire, l'organisme de formation remettra un passeport à la fin de sa formation. Son numéro de passeport 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.**

**!** Les nom et prénom indiqués dans le cadre **A** doivent être identiques aux nom et prénom indiqués sur le bulletin de salaire Pajemploi.

**Numéro de sécurité sociale : Mention obligatoire pour le traitement du dossier ; à défaut, la demande de prise en charge est rejetée.**

**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

## B INFORMATIONS OBLIGATOIRES POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION

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

**B1** L'employeur facilitateur doit indiquer la répartition des heures sur le hors temps d'accueil et/ou sur le temps d'accueil.

**IMPORTANT : A la fin de chaque module, IPERIA vous adressera un planning à compléter afin de confirmer la répartition.**

**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.

**IMPORTANT : Un bulletin de salaire Pajemploi vous sera demandé à la fin de chaque module du mois précédent ou du mois de la formation.**


### REMBOURSEMENT DES FRAIS ANNEXES AU RÉEL ET PLAFONNÉS

**Le montant des frais annexes est plafonné sur la base de 3€ par heure de présence au module.**

À la fin de chaque module, l'organisme de formation vous adressera une note de frais récapitulative des dépenses à compléter et à retourner accompagnée des justificatifs scotchés au verso. Ces documents doivent être transmis à l'organisme de formation au plus tard dans les 15 jours après réception.

- 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 multiplié par le nombre de jours 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 sera effectué sur l'aller/retour uniquement.

**Les frais annexes sont remboursables à la hauteur des barèmes suivants :**

|  |  |  |
|--|--|--|
| <br><b>0,44€</b><br>du km | <br>Le déjeuner<br>et/ou dîner :<br><b>19€ maximum</b><br>par repas | <br>Nuit d'hôtel :<br><b>75€ maximum par nuit</b> pour la province<br><b>80€ maximum par nuit</b> pour Paris, DOM<br>Petit déjeuner et taxe de séjour compris |
|--|--|--|

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

## C EMPLOYEUR FACILITATEUR\*

**!** L'ensemble des informations doit être obligatoirement complété.

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

Les nom et prénom de l'employeur facilitateur indiqués dans le cadre **C** doivent être identiques aux nom et prénom indiqués sur le bulletin de salaire de Pajemploi et le RIB.

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

## D ORGANISME DE FORMATION

**!** L'ensemble des informations doit être obligatoirement complété.

## E BLOC DE COMPÉTENCES ET ÉVALUATION(S)

**!** L'ensemble des informations doit être obligatoirement complété.

**Voie de certification **E1** :** Il est important de cocher une des deux mentions.

**Certification visée **E2** :** Il est important également de cocher la certification visée.

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

**Nombre total d'heures DIF/CPF + évaluations mobilisées **E6** :** Cumulez les heures acquises au titre du solde DIF et du CPF dans la limite de 150 heures. N'oubliez pas de créer votre compte sur le site [moncompteactivite.gouv.fr](http://moncompteactivite.gouv.fr).

Sur notre portail de la professionnalisation [www.iperia.eu](http://www.iperia.eu), vous trouverez les dates **E7** et le lieu de formation **E8**.

- E9 Il existe 3 modes de formation :**
- Présentiel
  - FOAD (Formation à distance)
  - Blended (Présentiel et à distance)

