

! 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 HORS TEMPS DE TRAVAIL ET SANS L'ACCORD DE VOTRE 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 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 3**

Catégorie socio-professionnelle (CSP) **A2** : _____

Activité professionnelle : _____

B INFORMATIONS OBLIGATOIRES POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION

Salarié non cadre **ou** Cadre

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 (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 : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Téléphone fixe : _____ Téléphone mobile : _____

Mail : _____

D ORGANISME DE FORMATION

Nom de l'organisme de formation : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

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.

PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT A LA DEMANDE DE PRISE EN CHARGE :

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 au nom du salarié obligatoire, **aucun remboursement ne sera effectué si le RIB n'est pas fourni**

+

- Copie d'une pièce d'identité du salarié

E BLOC DE COMPÉTENCES ET ÉVALUATION(S)

Voie de certification **E1** :

- Formation
- Accompagnement VAE

Voir la notice page 3

Certification visée **E2** :

- EMPLOYÉ FAMILIAL ASSISTANT DE VIE DÉPENDANCE
- ASSISTANT MATERNEL/GARDE D'ENFANTS

Intitulé 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** :

_____ heures

Date 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 _____ (Salarié) :

- ✓ Certifie avoir pris connaissance et accepté les conditions générales de ma demande de prise en charge,
- ✓ M'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 CENTRE VAL DE LOIRE à me rembourser les frais annexes à la formation par virement sur mon compte selon les critères de prise en charge en vigueur.
- ✓ 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.

Date : ____ / ____ / _____

Signature du Salarié du Particulier Employeur*

*Par ma signature, je prends acte de toutes les données de ma demande de prise en charge et accepte de mobiliser mon CPF.



CONDITIONS GÉNÉRALES DE GESTION

FORMATION ENVISAGÉE SUR DU HORS TEMPS DE TRAVAIL ET SANS L'ACCORD DE VOTRE EMPLOYEUR

LE SALARIÉ DU PARTICULIER EMPLOYEUR S'ENGAGE :

- ✓ A s'inscrire sur le site 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 CENTRE VAL DE LOIRE 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 salariés du particulier employeur toute information relative à la formation professionnelle continue sur son site internet : 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 SALARIÉ

! L'ensemble des informations doit être obligatoirement complété.

LE PASSEPORT DE FORMATION : Il vous a été remis si vous avez déjà suivi une formation. Dans le cas contraire, l'organisme de formation vous remettra un passeport à la fin de votre formation. Votre numéro de passeport est unique.

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, Cncesu et le RIB.

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 votre niveau d'études 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 vous appartenez 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

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 du salarié 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, le salarié 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 :

 0.44€ du km	 Le déjeuner et/ou dîner : 19€ maximum par repas	 Nuit d'hôtel : 75€ maximum par nuit pour la province 80€ maximum par nuit pour Paris, DOM 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

! L'ensemble des informations doit être obligatoirement complété.

Compléter le n° Urssaf indiqué sur le justificatif de cotisation Cncesu ou Pajemploi ou Urssaf de l'employeur porteur

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

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** et la référence du bloc **E4**.

Nombre total d'heures DIF/CPF + évaluations mobilisées **E5 :** 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.

Sur notre portail de la professionnalisation www.iperia.eu, vous trouverez les dates **E6** et le lieu de formation **E7**.

E8 Il existe 3 modes de formation :

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

