



# BULLETIN D'INSCRIPTION ACTION CATALOGUE



**1**

**LIRE LA NOTICE  
PAGE 4 AVANT  
DE COMPLÉTER  
CET IMPRIMÉ**

**FORMATION CONTINUE DES SALARIÉS DU PARTICULIER EMPLOYEUR  
RETOURNER L'ORIGINAL À L'ORGANISME DE FORMATION QUE VOUS AVEZ CHOISI  
VALANT DEMANDE DE GESTION D'ACTION À AGEFOS PME**

### CADRE A - EMPLOYEUR PORTEUR DÉCLARÉ

Nom .....

Nom de naissance .....

Prénom .....

Date de naissance .....

Adresse .....

Code postal ..... Ville .....

Tél fixe ..... Tél mobile .....

Mail .....

#### 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\***.  
**OU** Pour un salarié déclaré au **Pajemploi** : copie du dernier décompte des cotisations **Pajemploi\*** ou bulletin de salaire **Pajemploi\***.  
**OU** Dans les autres cas : copie du dernier avis d'échéance de cotisations trimestrielles **Urssaf\*** ou justificatif de paiement **Urssaf\***.  
**ET** Relevé d'identité bancaire de l'employeur porteur déclaré pour un remboursement par virement.  
**ET** Copie des pièces d'identité du particulier employeur porteur déclaré et du salarié.

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

### CADRE B - STRUCTURE MANDATAIRE VOUS ACCOMPAGNANT DANS VOS DÉMARCHES

(À compléter si la structure souhaite être informée des remboursements)

Nom de la structure .....

Contact ..... Adresse .....

Téléphone ..... Fax ..... Mail .....

### CADRE C - SALARIÉ

Nom ..... Nom de naissance ..... Prénom .....

N° de sécurité sociale [ ] Date de naissance ..... Sexe H  F

Adresse .....

Code postal ..... Ville .....

Tél fixe ..... Tél mobile ..... Mail .....

N° de passeport formation (si vous avez déjà suivi une formation) [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Niveau d'études **C1** .....

Activité professionnelle .....

Catégorie socio-professionnelle (CSP) **C2** .....

### CADRE D - FORMATION

Intitulé de la formation **D1** .....

Référence **D1** ..... Nombre d'heures de formation **D1** ..... h Date de début ..... Date de fin .....

Lieu de la formation .....

Nom de l'organisme de formation .....

Adresse ..... Code postal ..... Ville .....

### CADRE E - INFORMATIONS OBLIGATOIRES POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION

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

**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 EN ROUGE PAGE 4, CADRE E).**

#### Cadre du départ en formation

Utilisation du PLAN de formation : Nombre d'heures du PLAN **E1** ..... h

(nombre d'heures identique au nombre d'heures mentionné en D1)

**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 les salaires, les frais d'hébergement, de déplacement, de restauration, ne pourra être prise en compte.**

Salaires horaires net habituel chez l'employeur porteur :

<b>E2</b> ..... € avec congés payés Salaires horaires net +10%	<b>OU</b>	<b>E2</b> ..... € sans congés payés
---	-----------	-------------------------------------

Salarié non cadre  ou cadre

#### Éléments de remboursement au forfait des frais annexes à la formation

<b>E3</b> ..... km	Nombre total de kilomètres à parcourir (0,211 € du km)*. <b>Le remboursement des frais kilométriques est plafonné à 200 kilomètres aller/retour par jour de formation.</b>
<b>E4</b> ..... repas	Nombre de repas (déjeuner et/ou dîner) se justifiant (12 €)*.
<b>E5</b> ..... hôtel	Nombre de nuits d'hôtel se justifiant (70 € pour province et 90 € pour Paris, petit-déjeuner compris)*.

L'exactitude de vos déclarations relatives aux frais annexes sera contrôlée. En cas de non conformité constatée, une correction sera effectuée.  
**Tenir à disposition d'AGEFOS PME les pièces justificatives (voir engagement de l'employeur au verso pour signature).**

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

- > 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) M<sup>me</sup>/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.
- > Pouvoir justifier de la réalité de dépenses de repas, de déplacement et/ou d'hôtel.
- > 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 procèdera 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  
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 OU DU CNCESU OU DU CENTRE PAJEMPLOI, POUR LES HEURES EFFECTUÉES PENDANT LA FORMATION. LA DÉCLARATION SERA EFFECTUÉE PAR L'IRCEM PRÉVOYANCE (LIRE LE TEXTE EN ROUGE PAGE 4, CADRE E).**

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 susceptible 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.

---

## L'EMPLOYEUR PORTEUR 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,
- > **Informé 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 collective du secteur, ainsi que les dispositions légales relatives au droit du travail.

---

## AGEFOS PME 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 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.

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.

> Si l'action choisie est une formation à distance, contactez IPERIA l'Institut au 0 800 820 920 (appel gratuit depuis un fixe).

## CADRE A - EMPLOYEUR PORTEUR\* DECLARÉ

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

> 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 A doivent être identiques aux Nom et Prénom indiqués sur le justificatif de cotisation de l'Urssaf, Pajemploi, CNCESU 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.

\*Employeur qui porte le projet de formation du salarié.

## CADRE B - STRUCTURE MANDATAIRE

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

## CADRE C - SALARIÉ

L'ensemble des informations doit être obligatoirement complété.

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

Le passeport de formation 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.

**C1** 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

**C2** Renseigner à quelle CSP appartient le salarié parmi la liste proposée ci-dessous :

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

## CADRE D - FORMATION

**D1** Sur le catalogue papier, vous trouverez l'intitulé, la référence et le nombre d'heures de la formation choisie.

Sur notre portail de la professionnalisation [www.iperia.eu](http://www.iperia.eu), vous trouverez l'intitulé, la référence et le nombre d'heures de formation, le calendrier et le lieu.

## CADRE E - 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 temps de 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'informations sera envoyé à l'employeur porteur qui devra le compléter, le signer et le remettre à son salarié. Attention, ce relevé d'informations correspondra uniquement aux heures de formation effectuées.**

> Cadre du départ en formation

**E1** L'employeur porteur doit indiquer le nombre d'heures de formation suivies dans le cadre du PLAN.

> Eléments de remboursement au forfait des frais annexes à la formation

L'employeur porteur doit indiquer si besoin les frais annexes dans les cases **E3 E4 E5**.

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

**E3** 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, à multiplier par le nombre de jours de formation.

Le remboursement des frais kilométriques est plafonné à 200 kilomètres aller/retour par jour de formation.

Le calcul des kilomètres doit être réalisé avec l'outil Google Maps.

**Exemple de calcul :**

Lieu d'habitation : 15 avenue du Général Leclerc, RENNES (35)

Lieu de la formation : 179 avenue Bollée, LE MANS (72)

Nombre de kilomètres aller/retour par jour : 312 km

Nombre de jours de formation : 5 jours

Le remboursement des frais kilométriques étant plafonné à 200 kilomètres aller/retour par jour de formation, le remboursement sera de : 5 jours x 200 km x 0,211 € = 211 €

Le remboursement s'effectuera sur la base d'un forfait (0,211 € du kilomètre)\*\* plafonné à 200 km aller/retour par jour de formation.

**E4** 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.

**E5** La nuit d'hôtel se justifie si la formation se déroule sur 2 jours consécutifs ou si compte tenu du lieu de la 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.

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

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