NOTICE

Conçu pour vous aider à remplir votre bulletin d'inscription, cette notice ne se substitue pas au guide pratique édité par la Branche professionnelle des Assistants maternels et l'Institut FEPEM de l'emploi familial (disponible sur simple demande).

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 utiliser l'imprimé « Action hors catalogue » ou contactez AGEFOS PME au 0 825 077 078 (0,15 € /mn) qui vous confirmera votre prise en charge.
- Si l'action choisie est une formation ouverte et à distance (FOAD), contactez l'IFEF au 0 800 820 920 (appel gratuit depuis un fixe).

CADRE A - EMPLOYEUR FACILITATEUR* DECLARE

L'ensemble des informations doit être obligatoirement complété.

- La copie de l'agrément délivré par le conseil Général de votre département 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.**

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

CADRE B – ASSISTANT MATERNEL

L'ensemble des informations doit être obligatoirement complété.

Le numéro IRCEM peut être connu par votre assistant maternel au 03 20 45 53 53 en précisant à l'opératrice son Nom, Prénom et n° de sécurité sociale.

Le passeport de formation a été remis à votre assistant maternel si celui-ci a déjà suivi une formation.

Son numéro est unique et votre assistant maternel doit être en mesure de vous le communiquer.

CADRE C – FORMATION

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

Sur le CD-Rom joint au catalogue ou sur notre portail de la professionnalisation www.emploisdelafamille-formation.fr, vous trouverez l'intitulé, la référence et le nombre d'heures de formation, le calendrier, le lieu et le nom de l'organisme choisi.

CADRE D – INFORMATIONS OBLIGATOIRES POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION

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 procèdera pour votre compte à la déclaration et au paiement de ces cotisations et contributions afférentes au temps de formation auprès de l'Urssaf. Vous n'avez pas de démarche à effectuer auprès de l'Urssaf ni auprès du centre national Pajemploi, pour le temps de formation de votre assistant maternel.

- ***Cadre du départ en formation***

D2 L'employeur facilitateur doit indiquer le nombre d'heures de formation suivi dans le cadre du PLAN et ou du DIF.

Si la formation a lieu sur le temps d'accueil des enfants :
D3 L'employeur facilitateur doit notifier le salaire horaire net de l'assistant maternel pour chaque employeur.

D4 Page 3 du document : un planning de votre assistant maternel est obligatoire dans le cas où des heures de formation sont utilisées sur le temps d'accueil des enfants. Vous reporterez le total des heures d'accueil pour chaque employeur à la page 1 dans chaque case D4.

En cas d'absence de votre assistant maternel pendant la formation, ces informations nous permettent de calculer son taux de rémunération.

Pour info :

Le nombre d'heures de formation utilisé dans le cadre du DIF hors temps d'accueil est rémunéré sous la forme d'une allocation de formation forfaitisée à 3,27 € de l'heure (Nbre d'heures de formation x 3,27 €). Seules les heures de formation effectivement réalisées donnent lieu au versement de l'allocation de formation.

- ***Elément de remboursement au forfait des frais annexes à la formation***

Les pièces justificatives sont à tenir à disposition d'AGEFOS PME (frais de restauration, de transport et/ou d'hôtel).

D5 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.

Exemple de calcul :

Lieu d'habitation ALENÇON (61),
lieu de la formation LE MANS (72)
Nombre de kilomètres aller/retour : 104 km
Nombre de jours de formation :
5 jours x 104 km = 520 km.
Le remboursement s'effectuera sur la base d'un forfait (0,536 € du kilomètre) quel que soit le moyen de transport utilisé.

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 peut se justifier (exemples non exhaustifs) :

- si la formation se déroule sur 2 jours consécutifs,
- si l'organisme de formation se situe à plus de 250 km aller du domicile de votre assistant maternel.

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

Lire la notice page 4 avant de compléter cet imprimé.

Bulletin d'inscription
ACTION CATALOGUE
Formation continue des assistants maternels

A retourner à l'organisme de formation que vous avez choisi
Valant demande de gestion d'action à AGEFOS PME

AGEFOS PME

CADRE A

EMPLOYEUR FACILITATEUR DÉCLARÉ

Nom _____
Prénom _____
Adresse _____
Code postal _____ Ville _____
Tél fixe _____ Tél mobile _____
Mail _____

Pièces à joindre obligatoirement

. Copie de l'agrément
. Copie du dernier bulletin de salaire de Pajemploi
. Relevé d'identité bancaire de l'employeur

En cas d'utilisation du DIF, joindre obligatoirement :

. Le relevé individuel des droits acquis au titre du DIF (délivré par l'IRCEM à l'assistant maternel)

CADRE B

ASSISTANT MATERNEL

Nom _____ Nom de jeune fille _____ Prénom _____
N° de sécurité sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_| N° IRCEM |_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Date de naissance _____ Sexe H ☐ F ☐ Adresse _____
Code postal _____ Ville _____
Mail _____ Tél fixe _____ Tél mobile _____
Numéro de passeport formation (si vous avez déjà suivi une formation) |_|_|_|_|_|

CADRE C

FORMATION

Intitulé de la formation _____
Référence _____ Nbre d'heures de formation D1 _____ Date de début _____ Date de fin _____
Lieu de la formation _____
Nom de l'organisme de formation : _____
Adresse _____ Code postal _____ Ville _____

Pour le compte de L'INSTITUT FEPEM DE L'EMPLOI FAMILIAL N° de déclaration d'activité 25 61 000357 61

CADRE D

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, ne déclarez pas auprès de l'Urssaf ou du centre Pajemploi, les heures effectuées pendant la formation** *(lire le texte en rouge page 4, cadre D)*.

Cadre du départ en formation :

Utilisation du PLAN de formation ☐ Nbre d'heures du PLAN D2 _____ h
Et/ou
Utilisation du Droit Individuel à la Formation (DIF) ☐ Nbre d'heures total du DIF

Nbre d'heures de formation suivies hors temps d'accueil D2 _____ h

Nbre d'heures de formation suivies sur le temps d'accueil D2 _____ h

A compléter si la formation a lieu sur le temps d'accueil

voir planning de votre assistant maternel (page 3) à compléter obligatoirement dans le cas où les heures de formation sont prises sur le temps d'accueil des enfants.

Employeurs	Employeur facilitateur	Autre employeur N°1	Autre employeur N°2	Autre employeur N°3	Autre employeur N°4
Salaire horaire net	D3 €	D3 €	D3 €	D3 €	D3 €
Nombre total d'heures d'accueil habituel pendant les jours de formation	D4 h	D4 h	D4 h	D4 h	D4 h

Eléments de remboursement au forfait des frais annexes à la formation

Nombre total de kilomètres à parcourir : ..... D5 _____ Km
Nombre de repas (déjeuner et/ou dîner) se justifiant (20,50 €) : ..... _____
Nombre de nuits d'hôtel se justifiant (70 € pour province et 90 € pour Paris, petit déjeuner compris) : ..... _____

Tenir à disposition d'AGEFOS PME les pièces justificatives (voir engagement de l'employeur au verso pour signature)

Je m'engage à verser l'allocation de formation (formation en dehors du temps de travail) et/ou maintenir la rémunération de mon assistant maternel pendant la totalité de sa formation.
Je serai remboursé par AGEFOS PME selon les critères de prise en charge en vigueur. Mon assistant maternel travaille pour d'autres employeurs, je certifie, avoir pris contact avec eux afin qu'il(s) autorise(ent) son départ en formation.

Attention ! Seule la personne déclarée en tant qu'employeur auprès de l'Urssaf ou 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 Mme/M _____, certifie avoir pris connaissance et accepté les conditions générales de gestion du présent document, autorise AGEFOS PME Nord Picardie 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, certifie avoir connaissance que je dois pouvoir justifier de la réalité des dépenses de repas, de déplacement et/ou d'hôtel et certifie avoir pris connaissance et accepter 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 facilitateur Signature de l'assistant maternel

Particulier employeur, ne déclarez pas auprès de l'Urssaf ou du centre Pajemploi, les heures effectuées pendant la formation *(lire le texte en rouge page 4, cadre D)*.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion de la formation. Les destinataires sont l'IFEF, AGEFOS PME et l'IRCEM Prévoyance. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à l'IFEF, 60, rue Saint Blaise, BP 136 61004 Alençon cedex. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

CONDITIONS GENERALES DE GESTION

L'employeur s'engage

> à ne pas demander le financement à un autre OPCA (Organisme Paritaire Collecteur Agréé),

> **à tenir à disposition d'AGEFOS PME les pièces justificatives (frais de restauration, d'hôtel et de transport) et à se soumettre aux contrôles pouvant être réalisés,**

> à tenir à disposition d'AGEFOS PME les justificatifs de rémunération des heures de formation,

> à **informer AGEFOS PME 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,**

> à 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,

> à régler les heures de formation effectivement suivies par l'assistant maternel dans le respect des dispositions du Code du travail.

> à mettre à disposition des employeurs toute information relative aux à ces dispositifs de formation, notamment l'accord formation du 21 septembre 2006.

Planning de votre assistant maternel

Tableau à compléter par l'employeur facilitateur pour le compte des autres employeurs
<u>et uniquement dans le cas où les heures de formation sont prises sur le temps d'accueil des enfants</u>

En cas d'absence de votre assistant maternel pendant la formation, ce document nous permet de calculer son taux de rémunération.

Jour de la formation	EMPLOYEUR FACILITATEUR	AUTRES EMPLOYEURS			
		N°1	N°2	N°3	N°4
	Horaire d'accueil	Horaire d'accueil	Horaire d'accueil	Horaire d'accueil	Horaire d'accueil
Exemple 15 / 03 /2011	7 h 00 à 14 h 00 Total : 7 h 00	8 h 00 à 14 h 30 Total : 6 h 30	10 h 00 à 12 h 00 Total : 2 h 00	9 h 00 à 12 h 30 Total : 3 h 30	7 h 00 à 14 h 00 Total : 7 h 00
__/__/__					
__/__/__					
__/__/__					
__/__/__					
__/__/__					
__/__/__					
__/__/__					
__/__/__					
__/__/__					
__/__/__					
__/__/__					
Total d'heures d'accueil	D4	D4	D4	D4	D4

Je soussigné(e) M _____
EMPLOYEUR FACILITATEUR de l'assistant(e) maternel(le) _____
atteste sur l'honneur les informations ci-dessus
Date _____ Signature de l'employeur facilitateur