



Je m'engage à être le seul employeur à rémunérer le salarié et/ou à verser l'allocation de formation (cas du DIF hors temps habituellement travaillé chez un autre particulier employeur) 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-employeurs ») 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 selon les critères de prise en charge en vigueur.

**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 Mme/M \_\_\_\_\_, certifie avoir pris connaissance et accepté les conditions générales de gestion du présent document, autorise AGEFOS PME Centre 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 porteur  
ou son représentant légal (Qualité - Nom - Prénom)

Signature du salarié

**⚠ Particulier employeur, ne déclarez pas auprès de l'Urssaf ou du CNCESU 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'IFE, 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'IFE, 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 le salarié dans le respect des dispositions du Code du travail,
- > à mettre à la disposition des employeurs toute information relative aux dispositifs de formation, notamment l'accord formation du 4 février 2008.

## PLANNING de votre salarié

**Tableau à compléter par l'employeur porteur pour le compte des autres employeurs et uniquement dans le cas où les heures de formation sont prises : sur un combiné PLAN/DIF ou DIF temps de travail/hors temps de travail**

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

Jour de la formation	EMPLOYEUR PORTEUR	AUTRES EMPLOYEURS				Partie réservée à l'IFE
		N°1	N°2	N°3	N°4	
	Horaire de travail	Horaire de travail	Horaire de travail	Horaire de travail	Horaire de travail	
Exemple 15 / 03 / 2011 PLAN <input checked="" type="checkbox"/> OU DIF <input type="checkbox"/>	7 h 00 à 9 h 00 Total : 2 h 00	10 h 00 à 11 h 30 Total : 1 h 30	12 h 00 à 13 h 00 Total : 1 h 00	16 h 00 à 18 h 30 Total : 2 h 30	19 h 00 à 20 h 00 Total : 1 h 00	
___/___/___ PLAN <input type="checkbox"/> OU DIF <input type="checkbox"/>						
___/___/___ PLAN <input type="checkbox"/> OU DIF <input type="checkbox"/>						
___/___/___ PLAN <input type="checkbox"/> OU DIF <input type="checkbox"/>						
___/___/___ PLAN <input type="checkbox"/> OU DIF <input type="checkbox"/>						
___/___/___ PLAN <input type="checkbox"/> OU DIF <input type="checkbox"/>						
___/___/___ PLAN <input type="checkbox"/> OU DIF <input type="checkbox"/>						
___/___/___ PLAN <input type="checkbox"/> OU DIF <input type="checkbox"/>						
___/___/___ PLAN <input type="checkbox"/> OU DIF <input type="checkbox"/>						
___/___/___ PLAN <input type="checkbox"/> OU DIF <input type="checkbox"/>						
___/___/___ PLAN <input type="checkbox"/> OU DIF <input type="checkbox"/>						
___/___/___ PLAN <input type="checkbox"/> OU DIF <input type="checkbox"/>						

Je soussigné(e) M \_\_\_\_\_

EMPLOYEUR PORTEUR du salarié(e) \_\_\_\_\_

atteste sur l'honneur les informations ci-dessus

Date \_\_\_\_\_ Signature de l'employeur porteur  
ou son représentant légal (qualité - nom - prénom)