



Cadre réservé à AGEFOS PME

Action n°

Code ACC n°

Bulletin d'Inscription +10 salariés

à retourner au conseiller AGEFOS PME 8 jours avant la formation

A photocopier pour la comptabilité de l'entreprise

Offre réservée aux entreprises adhérentes à AGEFOS PME

ENTREPRISE +10 SALARIÉS

N° adhérent AGEFOS PME :	Adresse :
N° SIRET (obligatoire) :	Code Postal : Ville :
Raison sociale :	Tel : Fax :
Activité :	E-mail :
NAF : Effectif :	Nom du responsable du suivi de l'action :
Statut juridique :	Fonction :

STAGIAIRE

NOM - Prénom :

OBLIGATOIRE	Sexe	<input type="checkbox"/> Homme	<input type="checkbox"/> Femme			
	Age	<input type="checkbox"/> moins de 25 ans ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/> de 25 à 44 ans ⁽³⁾	<input type="checkbox"/> de 45 à 54 ans ⁽⁴⁾	<input type="checkbox"/> 55 ans à 64 ans ⁽⁵⁾	<input type="checkbox"/> 65 ans et + ⁽⁶⁾
	Qualification	<input type="checkbox"/> Ouvrier non qualifié	<input type="checkbox"/> Ouvrier qualifié	<input type="checkbox"/> Employé	<input type="checkbox"/> Technicien/Agent de maîtrise/VRP	
		<input type="checkbox"/> Dirigeant salarié (joindre copie du bulletin de salaire) <small>(Les dirigeants non salariés et les personnes en contrat d'apprentissage ne peuvent pas bénéficier de cette action)</small>		<input type="checkbox"/> Ingénieur & Cadre	<input type="checkbox"/> Dirigeant bénévole d'association	
Niveau d'étude	<input type="checkbox"/> Fin de scolarité avant 3 ^e ⁽⁸⁾	<input type="checkbox"/> Fin de scolarité 3 ^e ⁽⁷⁾	<input type="checkbox"/> CAP/BEP ⁽⁵⁾	<input type="checkbox"/> BAC Général/Brevet Technicien ⁽⁴⁾		
	<input type="checkbox"/> BAC/Brevet Professionnel ⁽⁹⁾	<input type="checkbox"/> Diplôme de niveau BAC +2 ⁽³⁾	<input type="checkbox"/> Diplôme de niveau BAC +3 ou plus ⁽²⁾			

Ce stage se fait-il dans le cadre du DIF ? OUI NON
(départ en formation à l'initiative du salarié, sur demande écrite, en accord avec l'employeur)Si OUI Hors temps de travail Pendant le temps de travail Nb d'heures DIF utilisées :Signature du stagiaire (si DIF)
(obligatoire)

S'INSCRIT A LA FORMATION

Intitulé de la formation :
Dates (à fixer avec l'organisme) :
Lieu :

Catégorisation de l'action

 Action permettant l'adaptation du salarié au poste de travail ou liées à l'évolution ou au maintien dans l'emploi dans l'entreprise (formation indispensable à la tenue du poste ou à l'évolution de la fonction) Développement des compétences du salarié (formation permettant au salarié d'acquérir de nouvelles compétences pouvant l'amener à occuper une fonction supérieure ou différente de la sienne)Formation avec validation OUI NON

Intitulé :

Date(s) :

Lieu :

Demande de prise en charge des salaires OUI NON

Participation
de l'entreprise
(validation incluse)

71,76 € TTC
(60,00 € HT + TVA 19,6 %)

**Chèque à l'ordre
d'AGEFOS PME**

ORGANISME DE FORMATION

Raison Sociale :

N° partenariat CHARTE (obligatoire) :

N° Déclaration d'activité : N° SIRET :

Adresse :

Tel : Fax : Email :

Contact :

Coût Pédagogique à facturer à AGEFOS PME : € HT € TTC

Joindre obligatoirement :

- ✓ PV de consultation du CE ou des DP (à défaut le PV de carence)
- ✓ Demande de Gestion d'Action (pour remboursement des salaires)
- ✓ Copie du bulletin de salaire du stagiaire
- ✓ Chèque de règlement à l'ordre de AGEFOS PME

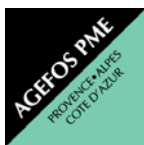
Obligatoire - Accord du conseiller AGEFOS PME

Nom du Conseiller :

Date :

.....2012

Signature du Conseiller en Formation



CONVENTION SIMPLIFIÉE D'ADHESION AU PROJET COLLECTIF AGEFOS PME - EDEC - FSE

Je soussigné(e),, agissant en qualité de

Au nom de la Société

Statut juridique Société Nationale SARL SA (hors société nationale) Autres sociétés commerciales SAS
 Mutuelles Coopératives Associations Autres statuts juridiques GIE

✓ Mon entreprise appartient à un groupe (détient et/ou est détenue par une autre structure) Oui* Non

*Si oui, joindre la fiche de déclaration** « renseignements relatifs à la qualité de PME » précisant les niveaux de participation, effectifs et montant du chiffre d'affaires et du bilan des entreprises du groupe.

✓ Mon entreprise avait un effectif salarié compris entre 1 et 249 personnes et son chiffre d'affaires était inférieur à 50 M€ (ou son Bilan annuel était inférieur 43 M€) en 2010 Oui Non

en 2011 Oui Non

✓ Confirme la participation du salarié inscrit (au recto) à cette formation dans le cadre du projet collectif déposé auprès des services de la DIRECCTE et du Fonds Social Européen pour l'année 2012 AGEFOS PME PACA ayant été désigné comme bénéficiaire.

✓ Confirme la disponibilité du salarié inscrit aux cessions de formation, -ainsi que, le cas échéant, aux actions périphériques de positionnement ou d'accompagnement- aux différentes dates contenues.

✓ M'engage à transmettre à AGEFOS PME PACA l'ensemble des bulletins de paie des salariés en formation ou tout élément permettant de vérifier le montant des rémunérations versées, pour la période concernée.

✓ Déclare avoir pris connaissance des termes du programme FSE « Compétitivité Régionale et Emploi », Axe 1*** et du projet collectif porté par AGEFOS PME PACA et demande à y adhérer.

✓ Certifie respecter les dispositions du code du travail en matière d'institutions représentatives du personnel et être à jour de mes obligations fiscales et sociales.

✓ M'engage à tenir à la disposition de la DIRECCTE PACA et AGEFOS PME PACA l'ensemble des pièces justificatives nécessaires à la vérification de la réalité et de la conformité des actions conduites ainsi que celles des dépenses réalisées dans le cadre du projet collectif en lien avec l'amélioration des compétences des salariés de l'entreprise.

✓ Par ailleurs, je m'interdis de solliciter, pour les actions faisant l'objet de la présente convention, une aide complémentaire financée directement ou indirectement par le concours de fonds publics.

✓ Je m'engage à déclarer les financements publics (Etat, FSE principalement) reçus lors des 3 années précédentes au bénéfice de mon entreprise auprès d'AGEFOS PME PACA et/ou de la Direction Régionale des Entreprises de la Concurrence de la Consommation du Travail et de l'Emploi avant la signature de la présente convention simplifiée.

✓ Je déclare être pleinement informé des règles relatives aux : dépenses non éligibles au titre du cofinancement du FSE (achat d'équipement amortissable, achat de bien immobilisé, frais financiers, bancaires et intérêts d'emprunt, TVA récupérable), à la protection de l'environnement, à l'égalité entre les hommes et les femmes, ainsi que les autres priorités transversales fixées dans le Programme Opérationnel FSE « Compétitivité Régionale et Emploi ».

✓ J'ai été informé par AGEFOS PME PACA de la possibilité d'être soumis à un contrôle par les différentes instances communautaires concernées ainsi que par les organismes nationaux et régionaux de contrôle. J'ai l'obligation, soit d'une comptabilité séparée pour la traçabilité et le suivi FSE, soit d'une codification adéquate ou soit d'un système extra comptable par enlèvement des pièces justificatives à condition qu'il comporte tous les éléments permettant en cas de contrôle, une reconstitution précise des dépenses et des ressources déclarées. Je dois également conserver les pièces justificatives.

✓ J'ai été informé des indicateurs statistiques obligatoires (cf. Bulletin d'Inscription « Actions Collectives ») mentionnés dans la convention bilatérale passée entre le Préfet de Région et AGEFOS PME PACA pour permettre un suivi qualitatif des actions cofinancées par le FSE.

✓ Enfin, je m'engage à informer tous les salariés bénéficiaires d'une formation de son cofinancement par le FSE. Par ailleurs, toute publication ou communication devra faire mention du Fonds Social Européen.

✓ Le non respect des clauses ci-dessus mettrait fin au conventionnement dans le cadre du projet collectif.

Fait à le2012

Signature & Cachet de l'entreprise

Signature & Cachet AGEFOS PME PACA

** www.agefos-pme-paca.com - Actions Collectives - Informations sur le FSE - déclaration « renseignements relatifs à la qualité de PME »

*** www.agefos-pme-paca.com - Actions Collectives - Informations sur le FSE - FSE « Compétitivité Régionale et Emploi » - Axe 1



DECLARATION RENSEIGNEMENTS RELATIFS A LA QUALITE DE PME



IDENTIFICATION PRECISE DE L'ENTREPRISE

Nom ou Raison sociale

Adresse du siège social

.....

Nom et titre du ou des dirigeants principaux

.....

.....

.....

TYPE DE L'ENTREPRISE

Indiquer par une croix dans quel cas se situe l'entreprise :

Entreprise autonome

Votre entreprise détient moins de 25 % (capital ou droits de vote) d'une autre entreprise et/ou une autre entreprise détient moins de 25 % de votre entreprise.

Incidence sur les données de votre entreprise : aucune

Entreprise partenaire

Votre entreprise détient entre 25 % et 50 % (capital ou droits de vote) d'une autre entreprise et/ou une autre entreprise détient entre 25 % et 50 % de votre entreprise.

Incidence sur les données de votre entreprise : Les données (effectif + chiffre d'affaires ou effectif + bilan annuel) de l'entreprise partenaire doivent être ajoutées en proportion à celles de votre entreprise.

Entreprise liée

Votre entreprise détient plus de 50 % (capital ou droits de vote) d'une autre entreprise et/ou une autre entreprise détient plus de 50 % de votre entreprise.

Incidence sur les données de votre entreprise : l'intégralité des données (effectif + chiffre d'affaires ou effectif + bilan annuel) de l'entreprise liée doit être ajoutée à celles de votre entreprise.

DONNEES POUR DETERMINER LA CATEGORIE D'ENTREPRISE

	Année 2010	Année 2011
Effectif salariés compris entre 1 et 249 personnes	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Chiffre d'affaires < 50 M d'€	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<u>Ou</u> Bilan annuel < 43 Md'€	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

➤ SIGNATURE

Nom et fonction du signataire, habilité(e) à représenter l'entreprise :

.....

J'atteste sur l'honneur l'exactitude de la présente déclaration.

Fait le à

Signature

**DEMANDE DE PRISE EN CHARGE DES SALAIRES
DANS LE CADRE DU DISPOSITIF ACTIONS COLLECTIVES
ENTREPRISES DE 10 SALARIES ET PLUS**

FOURNIR OBLIGATOIREMENT A LA FIN DE LA FORMATION L'ENSEMBLE DES BULLETINS DE SALAIRES CORRESPONDANT A CHAQUE SALARIE ET POUR TOUS LES MOIS SUR LESQUELS S'ETALE LA FORMATION

Les dossiers incomplets ne seront pas pris en charge

N° ADHERENT : N° SIRET : Raison	AGEFOS PME
--	-------------------

RAPPEL STAGE

Intitulé : _____

Durée par stagiaire : _____ heures, réparties sur : _____ jours Date de début : _____ Date de fin : _____

NOM (S) et PRENOM (S) des stagiaires <u>en</u> <u>majuscules</u>	Si action de catégorie 2, nombre d'heures DIF utilisées	Salaire horaire brut, ch. patronales incluses	Nombre d'heures hors temps de travail	Salaire horaire net de référence (si HTT)

Le présent signataire a pris connaissance et accepte les conditions générales de gestion relatives au présent document.

A _____, le _____

Signature et cachet de l'entreprise

Cadre réservé à AGEFOS PME

N° ACTIONS CP:

N° ACTIONS SALAIRES:

SAISIE LE :

Original à retourner à AGEFOS PME, conserver une copie

Rappel: les Frais annexes (déplacement, restauration....) ne sont pas pris en charge par ce financement. Si l'entreprise souhaite la prise en charge de ces derniers, ils devront faire l'objet d'une demande de remboursement séparée sur une Demande de Prise en Charge classique.