



**DEMANDE DE PRISE EN CHARGE  
COMPTE PERSONNEL DE FORMATION (CPF)  
SALARIÉ(E) AUTONOME - Branche Assistants Maternels**

[Accès notice explicative](#)

Pour un traitement rapide de votre demande, merci de bien vouloir compléter tous les champs ci-dessous

**Attention ! Votre demande de prise en charge concerne une formation envisagée hors temps de travail (HTT) et sans association de votre employeur**

**1 SALARIÉ(E) AUTONOME**

|                                |                      |  |
|--------------------------------|----------------------|--|
| Nom de naissance               | <input type="text"/> | AGEFOS PME Nord Picardie<br><br>15 rue de l'Île Mystérieuse<br>Pôle Jules Verne<br>80440 BOVES |
| Prénom                         | <input type="text"/> |  |
| N° Sécurité sociale            | <input type="text"/> |  |
| Adresse                        |                      |  |
| CP                             | <input type="text"/> | Ville <input type="text"/>   |
| Téléphone                      | <input type="text"/> | Mail <input type="text"/>  |
| Date de naissance (JJ/MM/AAAA) | <input type="text"/> | CSP <input type="text"/>   |
| Niveau de formation actuel     | <input type="text"/> | Type de contrat de travail <input type="text"/>  |
| Niveau de formation visé       | <input type="text"/> | Travailleur handicapé <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON                |
| Poste occupé                   | <input type="text"/> |  |

Utiliser les listes déroulantes (ou voir Notice)

**2 VOTRE EMPLOYEUR \***

|              |                      |                            |
|--------------|----------------------|----------------------------|
| Nom - prénom | <input type="text"/> |                            |
| N° Pajemploi | <input type="text"/> |                            |
| Adresse :    | <input type="text"/> |                            |
| CP           | <input type="text"/> | Ville <input type="text"/> |
|              |                      | Mail <input type="text"/>  |

\* en cas de multi employeurs, n'en choisir qu'un seul

**3 VOTRE ORGANISME DE FORMATION**

|                              |  |          |                                    |
|------------------------------|--|----------|------------------------------------|
| Raison Sociale               | DFP Formations   |          |                                    |
| N° de déclaration d'activité | 54 17 01586 17   | N° SIRET | 483 463 931 00038                  |
| Adresse :                    | 60 Rue Albert 1er  |          |                                    |
| CP                           | 17000  | Ville    | La Rochelle                        |
| Téléphone                    | 05 46 55 14 70   | Mail     | denis.pennec@sylvan-larochelle.com |
| Assujetti à la TVA           | <input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON |          |                                    |

**4 VOTRE FORMATION**

|  |                                     |  |   |                                     |                          |
|--|-------------------------------------|--|---|-------------------------------------|--------------------------|
| Certification / qualification              | <input checked="" type="checkbox"/> | Socle de connaissances et de compétences               | <input type="checkbox"/>                      | Accompagnement VAE                  | <input type="checkbox"/> |
| Intitulé de la certification / Socle / VAE | TOSA                                |  |   |                                     |                          |
| Code de la certification / Socle / VAE     | 164617                              | ⚠ Sans code CPF, la demande ne peut pas être instruite |   |                                     |                          |
| Intitulé de la formation                   | Les indispensables en informatique  |  |   |                                     |                          |
| Durée                                      | 21 heures                           | heures par stagiaire                                   | Lieu de formation <input type="text"/>        |                                     |                          |
| Date de début (jj/mm/aaaa)                 | <input type="text"/>                |  | Date de fin (jj/mm/aaaa) <input type="text"/> |                                     |                          |
| Type de formation                          | <input checked="" type="checkbox"/> | Présentielle   | <input type="checkbox"/>                      | Formation ouverte à distance (FOAD) | <input type="checkbox"/> |
|  |                                     |  |   | Mixte                               | <input type="checkbox"/> |

**5 COÛT DE VOTRE FORMATION**

|                               |                      |        |  |                                     |  |
|-------------------------------|----------------------|--------|--|-------------------------------------|--|
| Solde DIF et CPF du stagiaire | <input type="text"/> | heures | Facturation de la formation à          | <input checked="" type="checkbox"/> | AGEFOS PME   |
| Coûts pédagogiques            | 420                  | HT €   | Formation déjà réglée par le stagiaire | <input type="checkbox"/>            | OUI (cas exceptionnel) <input checked="" type="checkbox"/> NON |

| Frais annexes                 |              |                   |              |                 |              |         |
|-------------------------------|--------------|-------------------|--------------|-----------------|--------------|---------|
| Transport                     |              | Hébergement       |              | Restauration    |              | Total € |
| Nombre (voiture =kilométrage) | Montant € HT | Nombre de nuitées | Montant € HT | Nombre de repas | Montant € HT |         |
|                               |              |                   |              |                 |              | 0,00    |

- Le salarié déclare avoir le statut de salarié à la date de la demande de prise en charge
- Le salarié accepte de mobiliser les heures Solde DIF et / ou CPF inscrites sur son compte personnel de formation pour financer la présente formation

À :  Le :  Signature du salarié

**Important : La présente demande doit être retournée 30 jours avant le début de la formation, accompagnée du programme de formation + l'attestation Solde DIF + certificat(s) de travail comportant les mentions DIF portable, le cas échéant . Cette demande ne vaut pas inscription auprès de l'organisme de formation.**

Consultez nos conditions de prise en charge financières sur le site web [www.agefos-pme.com](http://www.agefos-pme.com)



## CONDITIONS GÉNÉRALES DE GESTION COMPTE PERSONNEL DE FORMATION SALARIÉ(E) AUTONOME - ASSISTANTS MATERNELS

### LE / LA SALARIÉ(E) AUTONOME s'engage

- À s'inscrire sur le site [moncompteformation.gouv.fr](http://moncompteformation.gouv.fr) pour activer son compte personnel de formation et y renseigner son solde DIF ;
- À ne pas demander le même financement à un autre OPCA / OPACIF (FONGECIF) ou à son entreprise ;
- À signer le contrat de formation professionnelle ou le contrat d'accompagnement à la VAE avec l'organisme de formation, à conserver ces documents et à les tenir à disposition d'AGEFOS PME dans les délais prescrits ;
- À suivre l'action de formation avec assiduité ;
- À informer AGEFOS PME et l'organisme de formation de tout arrêt de la formation ou rupture du contrat de travail ;
- À transmettre à AGEFOS PME une note de frais récapitulative des dépenses liées à la formation, accompagnée des justificatifs des dépenses ;

### LE / LA SALARIÉ(E) AUTONOME autorise AGEFOS PME

- À régler, en son nom et pour son compte, le coût de la formation objet de la présente demande, directement auprès de l'organisme de formation après réalisation de la prestation, dans la limite du financement accordé par AGEFOS PME ;
- À permettre à AGEFOS PME de prendre contact avec lui aux fins d'enquêtes qualitatives et quantitatives ;

### AGEFOS PME s'engage

- À vérifier la conformité de l'action de formation et à déterminer le montant du financement accordé ;
- À régler les heures de formation effectivement suivies par le salarié dans le respect de l'article L.6354-1 du Code du travail ;
- À mettre à disposition des salariés toute information relative à la formation professionnelle continue sur son site internet : [www.agefos-pme.com](http://www.agefos-pme.com) ;

### Pièces à fournir à AGEFOS PME

- La présente demande de prise en charge dûment renseignée et signée ,
- Lors de la 1ère utilisation du solde DIF, copie de l'information Solde DIF au 31 décembre 2014 ou bulletin de salaire adressé(e) par l'entreprise ,
- et le cas échéant, copie du ou des certificat(s) de travail comportant les mentions DIF portable ,
- Copie du bulletin de salaire du mois précédant la demande de prise en charge ,
- Copie du devis et du programme de formation ou d'accompagnement VAE .

### Suivi du dossier par AGEFOS PME

- Suite à la réception de la demande et des pièces jointes, AGEFOS PME vous communiquera par courrier ou par mail sa décision de prise en charge de l'action ;
- Un reliquat du coût de la formation peut rester à votre charge. L'OPCA vous en informera au moment de sa confirmation de gestion ;
- Seul un accord écrit garantit l'engagement de financement d'AGEFOS PME ;
- En cas d'accord de prise en charge, le remboursement sera effectué sur présentation des pièces justificatives nécessaires (facture, justificatifs de présence, note de frais et justificatifs correspondants). Les justificatifs doivent être transmis à AGEFOS PME au plus tard dans les 6 mois suivant la fin de la formation ;
- À défaut, et sans réponse à la relance effectuée par AGEFOS PME, la prise en charge est annulée ;
- Pour information, les heures du CPF utilisées pour une action se déroulant hors temps de travail ne donnent pas lieu au versement de l'allocation de formation .



## NOTICE - DEMANDE DE PRISE EN CHARGE COMPTE PERSONNEL DE FORMATION SALARIÉ(E) AUTONOME

Cette notice vise à vous accompagner dans le renseignement de votre demande de prise en charge d'une action liée au Compte personnel de formation

### 1 SALARIÉ(E) AUTONOME

L'exactitude des informations demandées conditionne la prise en charge de l'OPCA :

**Nom de naissance** : pour les femmes mariées, indiquez votre nom de jeune fille

**N° de Sécurité sociale** : mention obligatoire pour le traitement du dossier ; à défaut, la demande de prise en charge est rejetée ;

**Niveau de formation actuel / visé** : Renseignez votre niveau de formation à l'entrée et à la sortie de la formation

7 - NIVEAU VI (sorties de collège avant la 3ème sans diplôme)

6 - NIVEAU V BIS (sorties de 3ème ou abandon de classes de CAP/BEP avant l'année terminale)

5 - NIVEAU V (sorties de l'année terminale de CAP/BEP ou abandon de la scolarité avant la terminale)

4 - NIVEAU IV (titulaire du bac ou abandon avant l'obtention d'un niveau Bac+2)

3 - NIVEAU III (sorties avec le niveau Bac+2)

2 - NIVEAU I et II (sorties avec un diplôme de 2 ou 3ème cycle universitaire ou de grande école)

**CSP** (catégories socio-professionnelles) : Signalez à quelle CSP vous appartenez parmi la liste proposée :

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)

**Type de contrat de travail** : 1. CDD ; 2. CDI ; 3. Contrat de professionnalisation ; 4. Contrat d'apprentissage

**Travailleur handicapé** : Précisez si vous êtes en situation de handicap déclaré

### 2 VOTRE EMPLOYEUR

**N° PAJEMPLOI** : vous le trouverez sur les documents en tête de votre entreprise ou sur votre bulletin de salaire .

### 3 VOTRE ORGANISME DE FORMATION

**N° de déclaration d'activité** : ce numéro est délivré par la Préfecture à toute personne, physique ou morale, qui exerce l'activité de dispensateur de formation professionnelle. En principe, il se trouve sur les documents émanant du prestataire de formation, sinon demandez-le-lui. Si l'attribution de ce numéro est en cours, notez "en cours".

**N° SIRET** : vous trouverez celui-ci sur les documents émanant de l'organisme de formation, si non demandez-le-lui .

**Assujetti à la TVA** : nous considérons que l'organisme de formation est assujetti à la TVA par défaut ; dans le cas contraire, cochez la case NON .

### 4 VOTRE FORMATION

**Certif./qualif./ Socle/VAE** : il est important de renseigner cette mention car des critères de prise en charge différents peuvent s'appliquer .

**Intitulé de la Certif. Qualif./Socle** : reportez l'intitulé exact figurant sur le site [moncompteformation.gouv.fr](http://moncompteformation.gouv.fr) .

**Code de la certif./qualif./Socle/VAE** : reportez le "Code CPF" (ex: 12941) de la certif. figurant sur le site [moncompteformation.gouv.fr](http://moncompteformation.gouv.fr) .

**Intitulé de la formation** : Précisez exactement l'intitulé de la formation figurant sur le programme de formation .

**Type de formation** : nous considérons que la formation est présentielle par défaut ; dans le cas contraire, cochez le type de formation choisie .

### 5 COÛT DE VOTRE FORMATION

**Nombre d'heures Solde DIF/ CPF** : 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 [moncompteformation.gouv.fr](http://moncompteformation.gouv.fr) et d'inscrire votre Solde DIF .

**Coûts pédagogiques** : si l'organisme est soumis à la TVA, précisez le coût global de la formation HT ; si l'organisme n'est pas soumis à la TVA , précisez le coût global net de la formation .

Un reliquat du coût de la formation peut rester à votre charge. L'OPCA vous en informera au moment de sa confirmation de gestion ;

**Facturation** : AGEFOS PME règle directement l'organisme de formation une fois la formation réalisée sur présentation de la facture et des justificatifs de présence .