

Bulletin d'Inscription

Salarié du particulier employeur

Ce bulletin d'inscription doit être complété puis adressé à l'organisme de formation que vous aurez choisi.
Toutes les informations de ce bulletin d'inscription sont obligatoirement à compléter.



Plan de développement
des compétences 2025
Marché public

Pièces justificatives obligatoires

- ☐ Copie du **dernier bulletin de salaire CESU ou Pajemploi** aux noms et prénoms de l'employeur déclaré (la période d'emploi indiqué ne doit pas être datée de plus de 3 mois avant le démarrage de la formation)
- ☐ **Relevé d'identité bancaire (RIB)** au nom et prénom du salarié

Informations Salarié

Civilité ☐ Madame ☐ Monsieur

Nom de naissance

Nom d'usage (ex : nom du conjoint)

Prénom

Date de naissance

J	J	M	M	A	A	A	A

Numéro de sécurité sociale

----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Adresse

Code postal

----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Ville

Email

Téléphone

Niveau d'étude

Renseignez le niveau
d'études à l'entrée de la
formation :

- ☐ **Non concerné**
Étude ou diplôme non reconnu en France
- ☐ **Niveau 2**
Sortie de collège avant la 3ème sans diplôme
- ☐ **Niveau 3 BIS**
Sortie de 3ème ou abandon en classes de CAP/BEP avant la terminale
- ☐ **Niveau 3**
Sortie de l'année terminale de CAP/BEP ou abandon de la scolarité avant la terminale
- ☐ **Niveau 4**
Titulaire du bac ou abandon avant l'obtention d'un niveau Bac +2
- ☐ **Niveau 5**
Sortie avec le niveau Bac +2
- ☐ **Niveau 6 et 7**
Sortie avec un diplôme de 2 ou 3ème cycle universitaire ou de grande école

Informations Particulier employeur

Civilité ☐ Madame ☐ Monsieur

Numéro CESU ou Pajemploi

Nom de naissance

Nom d'usage

Prénom

Date de naissance

J J M M A A A A

Adresse

Code postal

Ville

Email

Téléphone

Répartition des heures du module de formation

La formation peut se dérouler à la fois sur le temps de travail et en dehors de temps de travail

Nombre d'heures suivies **hors temps de travail** heuresNombre d'heures suivies **sur le temps de travail** heures

À compléter si la formation a lieu sur le temps de travail

Salaire horaire net versé par l'employeur porteur

 €Ce salaire est susceptible d'être revalorisé à hauteur du salaire minimal en vigueur au dernier jour de la formation suivie : <https://www.simulateur-emploisalarieduparticulieremployeur.fr/>

Informations obligatoires pour la prise en charge de la formation en présentiel

Organisme de formation

 Institut aritas formation

Adresse postale

 86 rue cardinet 75017 Paris

Intitulé du module

 Préparation du certificat « Sauveteur Secouriste du Travail » (SST)

Code du module

 MISST

Lieu de formation (ville)

 PARIS

Nombre d'heures du module

 14 heures

Date de début

J J M M A A A A

Date de fin

J J M M A A A A

Engagement du particulier employeur

Je soussigné(e) Mme/M _____ (particulier employeur porteur) certifie :

- Être l'employeur porteur, conformément à l'article 8.2 de l'accord de professionnalisation signé le 17 novembre 2020, de mon SPE et à ce titre donne mandat à l'APNI (Association Paritaire Nationale d'information et d'innovation pour la mise en œuvre des garanties sociales des SPE) pour effectuer en mon nom et pour mon compte :
 - ☐ Le versement, directement au SPE, de l'allocation de formation, si la formation se déroule hors temps de travail, du salaire si la formation se déroule pendant le temps de travail ainsi que des frais annexes liés au départ en formation
 - ☐ Les déclarations et le paiement des cotisations et des contributions dues auprès de l'Urssaf pour le temps de formation.

Le présent mandat est valable dans la limite de son objet pendant toute la durée de la formation et prend fin à l'issue de celle-ci.
- Avoir pris connaissance et accepté que l'APNI délègue :
 - ☐ À *Certification et compétences* le soin de verser l'allocation de formation, le salaire et les frais annexes liés au départ en formation, directement à mon salarié.
 - ☐ À l'*IRCEM Prévoyance*, le soin de procéder aux déclarations et au paiement des cotisations et des contributions dues auprès de l'Urssaf.
- L'exactitude des informations indiquées dans le cadre **INFORMATIONS OBLIGATOIRES POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION**. Aucune modification ni ajout ne pourront être pris en compte (nous serons susceptible de réclamer des justificatifs dans le cadre de contrôles).
- Informer l'organisme de formation de toute suspension (maladie, maternité, tout type de congés...), rupture du contrat de travail ou arrêt de la formation, qui entraîne un arrêt immédiat du droit (tenant compte du préavis légal applicable) à la prise en charge de la formation et des frais annexes le cas échéant. Dans le cadre d'un arrêt maladie, d'un accident du travail, ou d'une maladie professionnelle, un accord préalable de la CPAM conditionne le départ en formation.
- Avoir pris connaissance que mon SPE peut utiliser jusqu'à 58h de Plan de développement des compétences par année civile

Pour toute réclamation, vous pouvez adresser un courriel à : professionnalisation@apni.fr

Les informations recueillies à partir de ce bulletin d'inscription font l'objet d'un traitement de données personnelles par l'APNI
 Pour toute demande d'information complémentaire vous pouvez vous rapprocher de L'APNI : 79, rue de Monceau 75008 PARIS ou dpo@apni.fr

Signature du particulier employeur porteur déclaré

Les signatures doivent être obligatoirement manuscrites ou électroniques à condition qu'elles correspondent aux normes en vigueur (Universign, Docusign, Yousign, Je suis en cours, etc...).

Date

--	--	--	--	--	--	--	--

J J M M A A A A

Engagement du salarié du particulier employeur

Je soussigné(e) Mme/M _____ (Salarié) certifie :

- Avoir pris connaissance et accepté mon départ en formation sur du PLAN hors temps de travail et/ou sur le temps de travail
- Avoir obtenu l'accord de mes particuliers employeurs dans le cas d'un départ en formation sur un ou plusieurs temps de travail.
- L'exactitude des informations indiquées dans INFORMATIONS OBLIGATOIRES POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION, aucune modification ni ajout ne pourront être pris en compte
- Avoir pris connaissance et accepté que les frais de dépenses de km, de repas et/ou de nuitée seront déclarés par moi-même lors du module sur la feuille d'émargement (aucune modification ni ajout ne pourront être pris en compte).
16€ par repas, 0,40€ par KM et 100€ par nuit d'hôtel.
- Avoir pris connaissance que je peux utiliser 58 h de Plan de développement des compétences par année civile
- Avoir pris connaissance et accepté que l'APNI (Association Paritaire Nationale d'information et d'innovation pour la mise en œuvre des garanties sociales des SPE), et par délégation IPERIA me rembourse les rémunérations (allocation de formation et/ou salaire) et frais annexes à la formation par virement sur mon compte.
- Pouvoir justifier de la réalité des dépenses de km, de repas et/ou de nuitée déclarés par moi-même lors de la formation sur la feuille d'émargement. Les justificatifs devront être conservés 2 ans à compter de la date de fin de la formation.
- Informer l'organisme de formation de toute suspension (maladie, maternité, tout type de congés...) ou décès de l'employeur porteur, rupture du contrat de travail ou arrêt de la formation, qui entraîne un arrêt immédiat du droit (tenant compte du préavis légal applicable) à la prise en charge de la formation et des frais annexes le cas échéant. Dans le cadre d'un arrêt maladie, d'un accident du travail, ou d'une maladie professionnelle, un accord préalable de la CPAM conditionne le départ en formation.
- M'engager à rembourser les sommes indûment perçues.
- Avoir pris connaissance des conditions générales de vente de l'organisme de formation dans le cadre de mon départ en formation.

Pour toute réclamation, vous pouvez adresser un courriel à : professionnalisation@apni.fr

Les informations recueillies à partir de ce bulletin d'inscription font l'objet d'un traitement de données personnelles par l'APNI
Pour toute demande d'information complémentaire vous pouvez vous rapprocher de L'APNI : 79, rue de Monceau 75008 PARIS ou dpo@apni.fr

Signature du salarié du particulier employeur

Les signatures doivent être obligatoirement manuscrites ou électroniques à condition qu'elles correspondent aux normes en vigueur (Universign, Docusign, Yousign, Je suis en cours, etc...).

Date

--	--	--	--	--	--	--	--

J J M M A A A A