

⚠ Ce bulletin d'inscription doit être complété puis adressé à l'organisme de formation que vous aurez choisi.
N'hésitez pas à consulter la notice page 5 ②

BULLETIN D'INSCRIPTION



Ce bulletin est susceptible d'évoluer en cours d'année en raison de la révision éventuelle des critères de prises en charge de la branche du secteur des particuliers employeurs et de l'emploi à domicile. Un seul bulletin d'inscription est à remplir pour chaque module.

Toutes les informations de ce bulletin d'inscription sont obligatoirement à compléter.

A ASSISTANT MATERNEL

N° de passeport formation (si vous avez déjà suivi une formation) :

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom de naissance :

Nom :

Prénom :

N° Sécurité Sociale :

Date de naissance : / /

Adresse :

CP : Ville :

Téléphone fixe ou mobile :

Mail :

Niveau d'études **A1** :



PIÈCES JUSTIFICATIVES OBLIGATOIRES



- Copie du dernier bulletin de salaire Pajemploi* aux nom et prénom de l'employeur porteur déclaré.
* La période d'emploi indiquée sur le document ne doit pas être datée de plus de 3 mois avant le démarrage de la formation.

+

- Copie de l'agrément en cours de validité.

+

- Copie d'une pièce d'identité (carte d'identité, passeport, titre de séjour...) de l'assistant maternel.

+

- Relevé d'Identité Bancaire (RIB) d'un établissement bancaire français aux nom et prénom de l'assistant maternel (hors livret A).

Dans le cas où les heures de formation sont prises sur le jour d'accueil des enfants :

- Le salaire horaire net de l'employeur porteur en case **B3** et le planning (page 4) sont à compléter obligatoirement.

B INFORMATIONS OBLIGATOIRES POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION

Cadre du départ en formation :

Utilisation du PLAN : ☐ Nombre d'heures de formation suivi(s) hors heures d'accueil **B1** : heures ②
☐ Nombre d'heures de formation suivi(s) sur heures d'accueil **B2** : heures ②

À compléter si la formation a lieu sur le jour d'accueil : planning de l'assistant maternel (page 4)

⚠ En modalité FOAD déclaré sur du temps d'accueil : pour 7h de FOAD, il faut compléter 1 journée de planning type, pour 14h de FOAD, il faut compléter 2 journées de planning type, etc.

Salaire horaire net versé par l'employeur porteur **B3** :

⚠ (Susceptible d'être revalorisé à hauteur du salaire minimal* en vigueur au dernier jour de la formation suivie)
* <https://www.simulateur-emploisalarieduparticulieremployeur.fr/>

⚠ ATTENTION, dès la réception de l'émargement, aucune modification concernant le salaire horaire net ne pourra être prise en compte.

Les frais annexes (km, repas et/ou hôtel) seront à déclarer par l'assistant maternel sur la feuille d'émargement, hormis en mode distanciel : FOAD et téléformation. ②

C EMPLOYEUR PORTEUR DÉCLARÉ (INDIQUÉ SUR LE JUSTIFICATIF PAJEMPLOI JOINT À LA DEMANDE)

N° Pajemploi :

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom de naissance :

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse :

CP : Ville :

Téléphone fixe ou mobile :

Mail :

D ORGANISME DE FORMATION

Nom de l'organisme de formation : ECLIPSE ISTE C

Adresse : 4 ave du Luxembourg

CP : 1 3 1 4 0 Ville : MIRAMAS

E FORMATION

? Voir la notice page 5

PLAN DE
DÉVELOPPEMENT
DES COMPÉTENCES
2024

! Complétez uniquement le cadre EA. Si votre demande est destinée à une certification, complétez les cadres EA et EB.

EA

Intitulé/référence du module E1 :

Nombre d'heures du module E2 : heures ②

Date de début E3 : / / 2 0 2 4 Date de fin E3 : / / 2 0 2 4

Lieu de formation* E4 :

Mode de formation E5 : ☒ Présentiel ☐ Téléformation ☐ FOAD ☐ Blended

* Le lieu de formation est susceptible d'être modifié à l'initiative de l'organisme de formation pour des raisons pratiques d'organisation et dans la limite de 150km.

EB

Voie de certification : Formation ☐ Accompagnement VAE ☐Certification visée : Assistant maternel/Garde d'enfants ☐ Employé familial ☐ Assistant de vie dépendance ☐
Répertoire spécifique ☐ Certificat de qualification professionnelle ☐

Intitulé/référence du parcours certifiant E6 :

Nombre d'heures du parcours certifiant + évaluation prévue E7 : heures ②

Si dernier module du parcours certifiant ou si dispense sur tous les modules du parcours certifiant,

indiquez la date d'évaluation : / /

1 heure d'évaluation : Hors temps d'accueil ☐ Sur temps d'accueil ☐

Si l'évaluation a lieu sur le temps d'accueil, indiquez le salaire horaire net du particulier employeur porteur :

et compléter le planning en page 4.

ENGAGEMENTS DU PARTICULIER EMPLOYEUR PORTEUR

Je soussigné(e) Mme/M (Nom et Prénom obligatoires)

(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 assistant maternel 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 assistants maternels) pour effectuer en mon nom et pour mon compte :
 - Le versement, directement à l'assistant maternel, de l'allocation de formation, si la formation se déroule hors jour d'accueil, du salaire si la formation se déroule pendant le jour d'accueil 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 IPERIA (marque de 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 B, aucune modification ni ajout ne pourront être pris en compte (IPERIA est susceptible de réclamer des justificatifs dans le cadre de contrôles).
- Si la formation a lieu sur un ou plusieurs jours d'accueil, avoir complété le planning (page 4), avoir reporté le nombre de jour d'accueil de tous les employeurs (case B2) et indiqué le salaire horaire net habituellement appliqué par l'employeur porteur dans la case B3.
- Informar l'Université du domicile (UDD) et 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 assistant maternel peut utiliser jusqu'à 58h de Plan de développement des compétences par année civile (sous réserve de la révision éventuelle des critères de prises en charge de la branche du secteur des particuliers employeurs et de l'emploi à domicile, consultable sur le site IPERIA <https://www.iperia.eu>).

Les informations recueillies à partir de ce bulletin d'inscription font l'objet d'un traitement de données personnelles par l'APNI, IPERIA et UDD agissant en qualité de co-responsables du traitement, dans l'optique d'assurer la gestion du départ en formation des assistants maternels et des salariés du particulier employeur, et en permettant notamment de procéder aux paiements des coûts pédagogiques, des rémunérations et des frais annexes des salariés du secteur. Des contrôles relatifs à l'effectivité des formations et à l'éligibilité des salariés pour recevoir les rémunérations pourront être effectués. Sans ces informations, les co-responsables du traitement pourraient ne pas être en mesure de traiter votre demande de manière optimale et le départ en formation pourrait être retardé ou non autorisé. Les données sont conservées pendant toute la durée de la formation assortie de la durée légale de prescription des contrôles administratifs et financiers applicables aux actions de formation. Conformément au RGPD (Règlement UE 2016/679) et à la loi Informatique et libertés 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez dans les conditions définies par la réglementation d'un droit d'accès, d'interrogation, de limitation, d'effacement, de rectification des informations vous concernant ainsi que d'un droit d'opposition tant au traitement de vos données, qu'à leur utilisation à des fins de prospection commerciale. Vous disposez enfin du droit de contacter les co-responsables à tout moment et de définir des directives quant au sort de vos données après votre décès, ainsi que du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL. Pour toute demande d'information complémentaire vous pouvez vous rapprocher de :

- IPERIA : 60 avenue de Quakenbrück • BP 136 • 61004 ALENÇON Cedex • ou cpd@iperia.eu
- UDD : 60 rue Saint Blaise 61000 Alençon • ou cpd@udd.eu
- L'APNI : 79, rue de Monceau 75008 • ou dpo@apni.fr

Pour connaître l'ensemble de vos droits et plus largement nos pratiques en matière de traitement et protection des données personnelles ainsi que les grandes lignes de l'accord de co-responsabilité, nous vous invitons à consulter notre Politique de confidentialité et de protection des données personnelles disponible ici : <https://www.iperia.eu/politique-de-confidentialite/> ou ici <https://www.udd.eu/politique-de-confidentialite/> ou ici <https://www.apni.fr/politique-de-confidentialite-de-la-section-professionnelle/>, ainsi que sur demande aux adresses mail suivantes cpd@iperia.eu ou dpo@apni.fr pour recevoir le support par courrier électronique ou courrier.

Date : / /

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.).

ENGAGEMENTS DE L'ASSISTANT MATERNEL

Je soussigné(e) Mme/M (Nom et Prénom obligatoires)
(Assistant maternel) certifie :

- Avoir pris connaissance et accepté mon départ en formation sur du PLAN hors jour d'accueil.
- Avoir obtenu l'accord de mes employeurs dans le cas d'un départ en formation sur un ou plusieurs jours d'accueil.
- L'exactitude des informations indiquées dans le cadre **B2**, aucune modification ni ajout ne pourront être pris en compte (IPERIA est susceptible de réclamer des justificatifs dans le cadre de contrôles).
- Si la formation a lieu sur un ou plusieurs jours d'accueil, avoir complété le planning (page 4), avoir reporté le nombre de jour d'accueil de tous les employeurs (case **B2**) et indiqué le salaire horaire net habituellement appliqué par l'employeur porteur dans la case **B3**.
- Avoir pris connaissance et accepté que les frais de dépenses de km, de repas et/ou d'hôtel seront déclarés par moi-même lors du module sur la feuille d'émargement (aucune modification ni ajout ne pourront être pris en compte). Je dispose d'un délai maximal de huit jours calendaires après le dernier jour de la formation pour demander par écrit auprès de l'organisme de formation la modification de ces frais.
- Avoir pris connaissance que je peux utiliser 58 h de Plan de développement des compétences par année civile (sous réserve de la révision éventuelle des critères de prises en charge de la branche du secteur des particuliers employeurs et de l'emploi à domicile, consultable sur le site IPERIA <https://www.iperia.eu>).
- 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 assistants maternels), et par délégation IPERIA (marque Certification et Compétences), 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 (ticket de péage et de carburant), de repas et/ou d'hôtel 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'Université du domicile (UDD) et 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 différents documents mis à ma disposition sur le site www.udd.eu, dans le cadre de mon départ en formation.
- Avoir pris connaissance des conditions générales de vente de l'organisme de formation indiqué dans le cadre **D** (conditions d'annulation, ...)

Les informations recueillies à partir de ce bulletin d'inscription font l'objet d'un traitement de données personnelles par l'APNI, IPERIA et UDD agissant en qualité de co-responsables du traitement, dans l'optique d'assurer la gestion du départ en formation des assistants maternels et des salariés du particulier employeur, et en permettant notamment de procéder aux paiements des coûts pédagogiques, des rémunérations et des frais annexes des salariés du secteur. Des contrôles relatifs à l'effectivité des formations et à l'éligibilité des salariés pour recevoir les rémunérations pourront être effectués. Sans ces informations, les co-responsables du traitement pourraient ne pas être en mesure de traiter votre demande de manière optimale et le départ en formation pourrait être retardé ou non autorisé. Les données sont conservées pendant toute la durée de la formation assortie de la durée légale de prescription des contrôles administratifs et financiers applicables aux actions de formation. Conformément au RGPD (Règlement UE 2016/679) et à la loi Informatique et libertés 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez dans les conditions définies par la réglementation d'un droit d'accès, d'interrogation, de limitation, d'effacement, de rectification des informations vous concernant ainsi que d'un droit d'opposition tant au traitement de vos données, qu'à leur utilisation à des fins de prospection commerciale. Vous disposez enfin du droit de contacter les co-responsables à tout moment et de définir des directives quant au sort de vos données après votre décès, ainsi que du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL. Pour toute demande d'information complémentaire vous pouvez vous rapprocher de :

- IPERIA : 60 avenue de Quakenbrück • BP 136 • 61004 ALENÇON Cedex • ou cpd@iperia.eu
- UDD : 60 rue Saint Blaise 61000 Alençon • ou cpd@udd.eu
- L'APNI : 79, rue de Monceau 75008 • ou dpo@apni.fr

Pour connaître l'ensemble de vos droits et plus largement nos pratiques en matière de traitement et protection des données personnelles ainsi que les grandes lignes de l'accord de coresponsabilité, nous vous invitons à consulter notre Politique de confidentialité et de protection des données personnelles disponible ici : <https://www.iperia.eu/politique-de-confidentialite/> ou ici <https://www.udd.eu/politique-de-confidentialite/> ou ici <https://www.apni.fr/politique-de-confidentialite-de-la-section-professionnelle/>, ainsi que sur demande aux adresses mail suivantes cpd@iperia.eu ou dpo@apni.fr pour recevoir le support par courrier électronique ou courrier.

Date : / /

Signature de l'assistant maternel :

A 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...).

PLAN DE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES 2024

En modalité FOAD déclaré sur du temps d'accueil : pour 7h de FOAD, il faut compléter 1 journée de planning type, pour 14h de FOAD, il faut compléter 2 journées de planning type, etc...

14

BI PLAN ASSMAT - Janvier 2024