

A RETOURNER A L'ADRESSE  
DE VOTRE CENTRE DE GESTION  
COMPLETEE, SIGNEE ET ACCOMPAGNEE  
DE VOS JUSTIFICATIFS >>>

OPCALIM

DGO DEPARTEMENT PLUS DE 11  
SALARIES

20, place des vins de France CS 11 240  
75603 PARIS CEDEX 12

CONTACT :

✓ A. VOS COORDONNEES & SIGNATURE OBLIGATOIRES *☞ à compléter ou ☑ à cocher*

RAISON SOCIALE :				
N° ADHERENT :	ACTIVITE :	<input type="checkbox"/> Industries Alimentaires	<input type="checkbox"/> Coopération Agricole	<input type="checkbox"/> Alimentation en Détail
SEUIL EFFECTIF ETP :	<input type="checkbox"/> Moins de 11 salariés	<input type="checkbox"/> 11 à moins de 50 salariés	<input type="checkbox"/> 50 à moins de 300 salariés	<input type="checkbox"/> 300 salariés et plus
CCN - N° IDCC DE LA CONVENTION COLLECTIVE :	N° SIRET :			
ADRESSE :				
CODE POSTAL :	VILLE :			
TELEPHONE :	Fait le : A :			
FAX :	<b>Cachet et Signature :</b> <i>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis sur la présente demande</i>			
NOM/PRENOM CONTACT :				
TELEPHONE CONTACT :				
EM@IL CONTACT :				

✓ B. LES FINANCEMENTS DEMANDES *☑ à cocher*

<b>PLAN</b> DE FORMATION	<input type="checkbox"/> PLAN « LEGAL MOINS DE 300 SALARIES » * <i>pour les actions plan de formation éligibles et liées au versement légal des entreprises</i>
	<input type="checkbox"/> PLAN DE FORMATION « VOLONTAIRE » <i>pour les actions plan éligibles liées aux versements volontaires</i>
<b>PROF.</b> PROFESSIONNALISATION	<input type="checkbox"/> PERIODE DE PROFESSIONNALISATION * <i>pour les formations visant à favoriser l'évolution et le maintien dans l'emploi des salariés bénéficiaires d'un CDI d'un CUI, d'un CDD dans une structure d'insertion par l'activité économique ou d'un CDD uniquement saisonnier.</i>
	<input type="checkbox"/> FORMATION DE TUTEUR * <i>pour les formations visant à former les tuteurs (de salariés en contrat ou en période de professionnalisation)</i>
<b>CPF</b>	<input type="checkbox"/> COMPTE PERSONNEL DE FORMATION (CPF) * <i>pour les formations qualifiantes et certifiantes à l'initiative du salarié.</i> <b>Attention :</b> toute demande de prise en charge au titre du CPF effectuée au cours d'une année civile engage l'entreprise à verser pour cette même année civile, l'intégralité de sa contribution légale à OPCALIM au 28 février de l'année n+1 (article L6331-9 code du travail).

\* Dans la limite des enveloppes budgétaires OPCALIM

✓ C. **L'ACTION DE FORMATION** *☞ à compléter ou ☑ à cocher*

INTITULE DE LA FORMATION :			
DATE DEBUT :	DATE FIN :	DUREE MAXIMUM PAR STAGIAIRE :	H. NOMBRE DE STAGIAIRE(S) :
LIEU DE LA FORMATION :			
TYPLOGIE DE L'ACTION :	<input type="checkbox"/> Adaptation au poste de travail <input type="checkbox"/> Evolution ou au maintien dans l'emploi dans l'entreprise <input type="checkbox"/> Développement des compétences du salarié		
MODALITES DE REALISATION DE L'ACTION :	<input type="checkbox"/> en INTER-entreprises (par un Organisme de Formation externe pour plusieurs entreprises concernées) <input type="checkbox"/> en INTRA-entreprise sur site ou en dehors de l'entreprise (par un Organisme de Formation externe pour l'entreprise seule) <input type="checkbox"/> en INTERNE (par le Service Formation interne de l'entreprise)		
SI INTERNE : NOM /PRENOM FORMATEUR INTERNE :			DATE DE NAISSANCE :

Le Conseil d'Administration du 9/12/15 a voté une Charte du Contrôle et de l'Audit externe s'appliquant à l'ensemble de nos partenaires (Texte intégral à disposition sur notre site internet).

✓ D. **L'ORGANISME DE FORMATION (STAGE EXTERNE)** *☞ à compléter*

ORGANISME DE FORMATION:	ASSUJETTI TVA ? :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
N° DE DECLARATION D'ACTIVITE OF :	N° SIRET DE L'OF :	
ADRESSE DE L'ORGANISME :		
CODE POSTAL :	VILLE :	
CONTACT :	TEL. :	
EM@IL :	FAX :	

**Attention ! A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2017, l'Organisme de Formation devra être référencé sur Datadock. Pour en savoir plus, rendez-vous sur [www.opcalim.org](http://www.opcalim.org)**

✓ E. **LES DIFFERENTS COUTS** *☞ à compléter ou ☑ à cocher*

SUBROGATION DE PAIEMENT A L'ORGANISME :	<input type="checkbox"/> NON, souhaite obtenir le remboursement par Opcalim	<input type="checkbox"/> OUI, souhaite qu'Opcalim règle directement la facture auprès de l'Organisme de Formation et <b>ce à hauteur de l'engagement accepté par OPCALIM.</b>
COUTS PEDAGOGIQUES :	<input type="checkbox"/> COUTS PEDAGOGIQUES : FACTURE OF OU ESTIMATION DES SALAIRES FORMATEURS INTERNES (EN INTERNE)	€ HT ce coût est : <input type="checkbox"/> GLOBAL ou <input type="checkbox"/> PAR STAGIAIRE
	<input type="checkbox"/> COUTS DIVERS PEDAG. :	€ HT ce coût est : <input type="checkbox"/> GLOBAL ou <input type="checkbox"/> PAR STAGIAIRE
FRAIS DU OU DES FORMATEUR(S) :	<input type="checkbox"/> FRAIS GENERAUX :	€ ce coût est : <input checked="" type="checkbox"/> GLOBAL
	<input type="checkbox"/> DEPLACEMENTS :	€ ce coût est : <input checked="" type="checkbox"/> GLOBAL Nbre KM : <input type="text"/> KM
	<input type="checkbox"/> HEBERGEMENT (NUITEE):	€ ce coût est : <input checked="" type="checkbox"/> GLOBAL
	<input type="checkbox"/> REPAS :	€ ce coût est : <input checked="" type="checkbox"/> GLOBAL
FRAIS ANNEXES DES STAGIAIRES (HORS FRAIS DE GARDE CPF A INDIQUER EN CADRE ✓G) :	<input type="checkbox"/> DEPLACEMENTS (hors frais km) :	€ ce coût est : <input type="checkbox"/> GLOBAL ou <input type="checkbox"/> PAR STAGIAIRE
	<input type="checkbox"/> INDEMNITES KILOMETRIQUES : Nbr km x 0,41 €	ce coût est : <input type="checkbox"/> GLOBAL ou <input type="checkbox"/> PAR STAGIAIRE
	<input type="checkbox"/> HEBERGEMENT (NUITEE):	€ ce coût est : <input type="checkbox"/> GLOBAL ou <input type="checkbox"/> PAR STAGIAIRE
	<input type="checkbox"/> REPAS :	€ ce coût est : <input type="checkbox"/> GLOBAL ou <input type="checkbox"/> PAR STAGIAIRE
	<input type="checkbox"/> SALAIRE BRUT CHARGE :	€ ce coût est : <input checked="" type="checkbox"/> GLOBAL
	<input type="checkbox"/> ALLOCATION FORMATION :	€ ce coût est : <input checked="" type="checkbox"/> GLOBAL

LES STAGIAIRES & INFOS INDIVIDUALISEES PREVUES													Infos facultatives selon modalités applicables				
N°	NOM / PRÉNOM SALARIE(S) INSCRIT(S) PRÉVU(S)	SEXE	CSP (1)	DATE DE NAISSANCE	DATE D'ENTREE	CDI OU CDD (7)	NBRE D'HEURES FORMATION PREVUES		ACTION EN PERIODE PROF.	ACTION EN CPF (3)	NBRE D'HEURES CPF		SOLDE DROITS A DIF	NOMBRE DE KM	SALAIRE MENSUEL CHARGE (4)	HEURES MENSUELLES REMUNEREES (5)	MONTANT ALLOCATION FORMATION (6)
							TOTALES	DONT HTT (2)			TOTALES	DONT HTT (2)					
							H.	H.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H.	H.	H.	Km	€	H.	€
							H.	H.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H.	H.	H.	Km	€	H.	€
							H.	H.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H.	H.	H.	Km	€	H.	€
							H.	H.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H.	H.	H.	Km	€	H.	€
							H.	H.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H.	H.	H.	Km	€	H.	€
							H.	H.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H.	H.	H.	Km	€	H.	€
							H.	H.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H.	H.	H.	Km	€	H.	€
							H.	H.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H.	H.	H.	Km	€	H.	€
							H.	H.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H.	H.	H.	Km	€	H.	€
							H.	H.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H.	H.	H.	Km	€	H.	€
							H.	H.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H.	H.	H.	Km	€	H.	€
							H.	H.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H.	H.	H.	Km	€	H.	€
							H.	H.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H.	H.	H.	Km	€	H.	€

(1) CSP = **ONQ** (Ouvrier Non Qualifié) / **OQ** (Ouvrier Qualifié) / **EMP** (Employé) / **MT** (Maîtrise & Technicien) / **IC** (Ingénieur & Cadre) / **A** (Apprenti) / **GNS** (Gérant Non Salarié)

(2) HTT = Heures réalisées **Hors Temps de Travail**.

(3) CPF : A renseigner et compléter l'annexe  G.

(4) A renseigner selon les modalités applicables dans la branche : Montant Brut + Charges Patronales, à renseigner **sauf si vous fournissez annuellement l'ensemble de vos salaires à OPCALIM. Au titre d'une action en CPF ou du Plan Volontaire.**

(5) A renseigner selon les modalités applicables dans la branche et uniquement si la base des Heures mensuelles rémunérées est **différente de 151,67 h. (base par défaut).** Au titre d'une **action en CPF ou du Plan Volontaire.**

(6) Réserve pour le plan volontaire

(7) Les CDD ouverts à la période de professionnalisation sont exclusivement le CUI, le CDD dans une structure d'insertion par l'activité économique (entreprise d'insertion, entreprise de travail temporaire d'insertion, atelier et chantier d'insertion) et le Contrat saisonnier (SI l'employeur s'engage à le reconduire l'année suivante).

A NOTER : Le contrat saisonnier est un contrat particulier qui se caractérise par l'exécution de tâches appelées à se répéter en fonction d'une saisonnalité (récolte, tourisme...).

**A compléter uniquement si l'action est en :  COMPTE PERSONNEL DE FORMATION**



\*Qu'est-ce que le code « CPF de la formation » à renseigner ci-dessous ?

Chaque formation éligible au CPF figure obligatoirement sur une liste validée par l'Etat qui lui affecte un numéro spécifique (cf. formulaire ou site internet [www.moncompteformation.gouv.fr](http://www.moncompteformation.gouv.fr) de la Caisse des Dépôts et Consignations).

**✓ G SI CPF > LES INFOS INDIVIDUELLES SALARIES SUIVANTES**

*🔄 A dupliquer au-delà de 4 stagiaires CPF*

NOM/PRENOM SALARIE CPF :		NOM DE JEUNE FILLE :	
N° NIR/SECURITE SOCIALE :			
INTITULE FORMATION CPF :			
CODE CPF DE LA FORMATION (CF. INFORMATION CI-DESSUS*) :		<input type="checkbox"/> Liste alimentaire	<input type="checkbox"/> Liste COPANEF
		<input type="checkbox"/> Liste COPAREF	<input type="checkbox"/> Autre
MONTANT DEVIS HT ET TTC DE L'ORGANISME DE FORMATION :		€ HT	MONTANT FRAIS DE GARDE : (ENFANT(S) OU PARENT(S) A CHARGE) UNIQUEMENT LORSQUE LE CPF SE DEROULE HORS TEMPS DE TRAVAIL (HTT) €
soit		€ TTC	

NOM/PRENOM SALARIE CPF :		NOM DE JEUNE FILLE :	
N° NIR/SECURITE SOCIALE :			
INTITULE FORMATION CPF :			
CODE CPF DE LA FORMATION (CF. INFORMATION CI-DESSUS*) :		<input type="checkbox"/> Liste alimentaire	<input type="checkbox"/> Liste COPANEF
		<input type="checkbox"/> Liste COPAREF	<input type="checkbox"/> Autre
MONTANT DEVIS HT ET TTC DE L'ORGANISME DE FORMATION :		€ HT	MONTANT FRAIS DE GARDE : (ENFANT(S) OU PARENT(S) A CHARGE) UNIQUEMENT LORSQUE LE CPF SE DEROULE HORS TEMPS DE TRAVAIL (HTT) €
soit		€ TTC	

NOM/PRENOM SALARIE CPF :		NOM DE JEUNE FILLE :	
N° NIR/SECURITE SOCIALE :			
INTITULE FORMATION CPF :			
CODE CPF DE LA FORMATION (CF. INFORMATION CI-DESSUS*) :		<input type="checkbox"/> Liste alimentaire	<input type="checkbox"/> Liste COPANEF
		<input type="checkbox"/> Liste COPAREF	<input type="checkbox"/> Autre
MONTANT DEVIS HT ET TTC DE L'ORGANISME DE FORMATION :		€ HT	MONTANT FRAIS DE GARDE : (ENFANT(S) OU PARENT(S) A CHARGE) UNIQUEMENT LORSQUE LE CPF SE DEROULE HORS TEMPS DE TRAVAIL (HTT) €
soit		€ TTC	

NOM/PRENOM SALARIE CPF :		NOM DE JEUNE FILLE :	
N° NIR/SECURITE SOCIALE :			
INTITULE FORMATION CPF :			
CODE CPF DE LA FORMATION (CF. INFORMATION CI-DESSUS*) :		<input type="checkbox"/> Liste alimentaire	<input type="checkbox"/> Liste COPANEF
		<input type="checkbox"/> Liste COPAREF	<input type="checkbox"/> Autre
MONTANT DEVIS HT ET TTC DE L'ORGANISME DE FORMATION :		€ HT	MONTANT FRAIS DE GARDE : (ENFANT(S) OU PARENT(S) A CHARGE) UNIQUEMENT LORSQUE LE CPF SE DEROULE HORS TEMPS DE TRAVAIL (HTT) €
soit		€ TTC	

**ⓘ A SAVOIR POUR OPTIMISER LE TRAITEMENT DE VOS DEMANDES PAR NOS SERVICES**

En cas d'actions groupe comportant plusieurs entités juridiques, **une DPC doit être effectuée par entreprise.**



**Formulaire PDF  
REMPLISSABLE !**

Ce formulaire est **au format PDF avec des champs remplissables** vous permettant de **saisir directement dans le document, de le sauvegarder à tout moment** (vous conservez vos coordonnées déjà saisies pour votre prochaine demande) et **enfin de l'imprimer avant de le signer pour envoi à OPCALIM.**

**ⓘ** Pour simplifier son traitement, adressez **votre dossier COMPLET** à votre centre de gestion en 2 temps :

**ENVOI 1<sup>er</sup> TEMPS**

▶ **AVANT la date de début de la formation**

**📄 LISTE DES JUSTIFICATIFS A JOINDRE A VOTRE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE PREALABLE**

- LA PRESENTE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE COMPLETEE & SIGNEE** (cadres A, B, C, D, E, F – en pages 1, 2 et 3)
- LE PROGRAMME DE FORMATION DETAILLÉ** de l'organisme ou de votre service de formation interne.
- CALENDRIER DE FORMATION** dans le cadre d'une action Période de Professionnalisation, **pour les formations de 70h et plus**

*SI ACTION CPF (cadre G à compléter en page 4),*

- ETAT DU SOLDE DES HEURES DIF** arrêtées au **31.12.14** et **délivré par l'employeur** (bulletin de salaire de décembre 2014 ou de janvier 2015 ou via une attestation spécifique)
- CALENDRIER DE LA FORMATION**
- IMPRESSION D'ECRAN DE L'ONGLET 2 DE SAISIE DU DOSSIER FORMATION SUR LE SITE DE LA CAISSE DES DEPOTS SIGNEE PAR LE TITULAIRE. OU IMPRESSION D'ECRAN AVEC LE COURRIER DU TITULAIRE REMIS A L'EMPLOYEUR.**

**Attention :** toute demande de prise en charge au titre du CPF effectuée au cours d'une année civile engage l'entreprise à verser pour cette même année civile, l'intégralité de sa contribution légale à OPCALIM au 28 février de l'année n+1 (article L6331-9 code du travail).

**N.B :** En cas de contrôle, vous devez être en capacité de nous fournir une pièce qui matérialise la commande d'achat de formation (Convention de Formation ou devis ou bon de commande ou contrat de prestation de service).

**ENVOI 2<sup>ème</sup> TEMPS**

▶ **APRES la réalisation de la formation et réception de notre accord**

**📄 LISTE DES JUSTIFICATIFS A JOINDRE A VOTRE DEMANDE DE REMBOURSEMENT**

- LA ou LES FEUILLE(S) D'EMARGEMENT SIGNÉE(S)** par demi-journée par les stagiaires et le formateur (précisant bien le nombre d'heures de formation) **OU ATTESTATION DE PRESENCE SIGNEE PAR LE STAGIAIRE ET LE FORMATEUR.**
- SI ABSENCE DE SUBROGATION : FACTURE ACQUITTÉE** par l'Organisme de Formation ou copie facture avec refacturation à OPCALIM
- SI FRAIS ANNEXES (déplacement, hébergement) : FACTURE(S)** hôtel, titre de transport, agence de voyage, autoroute, parking, restauration.
- SI FRAIS DE GARDE (au titre du CPF) : FACTURE** de l'Organisme ou association agréée

**N.B :** A défaut d'une convention particulière, l'ensemble des justificatifs devra nous parvenir dans les 6 mois suivants la date de fin de formation indiqué sur ce document. Passé ce délai, le dossier sera clôturé et les engagements annulés.

**ⓘ** Pour une même action de formation, les différents financements proposés (Plan de formation légal, Période de professionnalisation, Formation tuteur, Compte Personnel de Formation) peuvent être associés suivant les modalités suivantes :

- **critères d'éligibilité d'une action** (objectif de l'action, thématique, durée minimum...),
- **types de dépenses finançables** (coûts pédagogiques, frais de déplacement stagiaire...),
- **barèmes de financement en vigueur** (plafonds...).

sont disponibles sur le site [www.opcalim.org](http://www.opcalim.org) ou auprès de votre **contact habituel OPCALIM.**



Demande de prise en charge unique en ligne d'OPCALIM



Envie d'en finir avec les demandes papier ?  
Envie de gagner en temps et en confort ?

**CLIQUEZ !**



OPCALIM met à votre disposition un nouveau service de demande de prise en charge «en ligne».

The screenshot shows the 'Envoyer une demande de prise en charge' form. The form includes the following fields and options:

- Titre:** Nouvelle demande
- Date de début:** 01/09/14 (g/m/y/so)
- Date de fin:** 02/09/14 (g/m/y/so)
- Durée:** 12 (en heure)
- Typologie:** Evolution ou maintien dans l'emploi
- Formation:**  Interne  Externe
- Organisme de formation:** [Dropdown menu]
- Commentaires pour OPCALIM:** [Text area]
- Buttons:** Rechercher, Précédent, Suivant

*N'attendez-plus !  
pour en bénéficier, rendez-vous sur :*



**dpcclic.opcalim.org**