

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

OPCALIM

DGO DEPART. MOINS DE 11 SALARIES  
20, place des vins de France  
CS 11 240  
75 603 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"/> <b>PLAN « LEGAL MOINS DE 300 SALARIES »</b> * pour les actions plan de formation éligibles et liées au versement légal des entreprises
	<input type="checkbox"/> <b>PLAN DE FORMATION « VOLONTAIRE »</b> pour les actions plan éligibles liées aux versements volontaires
<b>PROF.</b> PROFESSIONNALISATION	<input type="checkbox"/> <b>PERIODE DE PROFESSIONNALISATION</b> * 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.
	<input type="checkbox"/> <b>FORMATION DE TUTEUR</b> * pour les formations visant à former les tuteurs (de salariés en contrat ou en période de professionnalisation)
<b>CPF</b>	<input type="checkbox"/> <b>COMPTE PERSONNEL DE FORMATION (CPF)</b> * pour les formations qualifiantes et certifiantes à l'initiative du salarié. <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 :			
TYPOLOGIE 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 14/12/2017 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 [www.opcalim.org](http://www.opcalim.org))**

✓ 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 l'Organisme de Formation doit être référencé sur DATADOCK (information à disposition sur notre site internet [www.opcalim.org](http://www.opcalim.org))**

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

<b>SUBROGATION DE PAIEMENT A L'ORGANISME :</b>	<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 ce à hauteur de l'engagement accepté par OPCALIM. Sous réserve de l'acceptation de la subrogation par OPCALIM (à défaut, OPCALIM procède au remboursement à l'entreprise)
<b>COUTS PEDAGOGIQUES :</b>	<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
<b>FRAIS DU OU DES FORMATEUR(S) :</b>	<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
<b>FRAIS ANNEXES DES STAGIAIRES (HORS FRAIS DE GARDE CPF A INDIQUER EN CADRE ✓G) :</b>	<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 : Nbre 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										Tableau à dupliquer au-delà de 11 stagiaires				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) Réservé 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 **numéro de dossier formation Caisse Des Dépôts et Consig.** à renseigner **obligatoirement** ci-dessous ?

C'est le numéro du dossier attribué lors de la saisie sur le site [www.moncompteformation.gouv.fr](http://www.moncompteformation.gouv.fr)

Ce numéro est obligatoire pour l'étude d'un dossier de prise en charge CPF.

\*\*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 3 stagiaires CPF*

<b>N° DOSSIER FORMATION CAISSE DES DEPOTS (OBLIGATOIRE**):</b>			
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	

<b>N° DOSSIER FORMATION CAISSE DES DEPOTS (OBLIGATOIRE**):</b>			
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	

<b>N° DOSSIER FORMATION CAISSE DES DEPOTS (OBLIGATOIRE**):</b>			
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.
- LE CALENDRIER DE FORMATION** dans le cadre d'une **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 avec le détail de la ventilation des heures par année** (si dossier pluriannuel)
- **IMPRESSION DU DOSSIER FORMATION TELECHARGE 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>EME</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 **OU ATTESTATION DE PRESENCE SIGNEE PAR LE STAGIAIRE ET LE FORMATEUR OU ATTESTATION D'ASSIDUITE (FOAD)**
- 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 : 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).*

**❗** 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, salaires...),
- **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.**

OPCALIM informe l'Entreprise que les informations directement ou indirectement nominatives collectées par OPCALIM dans le cadre de cette demande bénéficient de la protection de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 dite « Loi Informatique et Libertés » modifiées. Conformément à la Loi Informatique et Libertés, l'Entreprise et les utilisateurs des Services bénéficient d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition sur les données les concernant en envoyant un courrier avec les nom, prénom, numéro de téléphone et copie de pièce d'identité à :  
**OPCALIM – DSI – 20 place des vins de France – CS 11240 – 75603 PARIS CEDEX 12.**

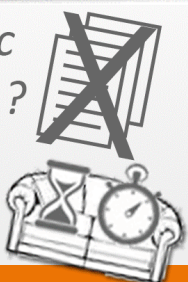


Demande de prise en charge unique en ligne d'OPCALIM



Envie d'en finir avec les demandes papier ?

Envie de gagner en temps et en confort ?



**NOUVEAU !**



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



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

**dpcclic.opcalim.org**

**pour plus d'information** **N°Vert** **0 800 40 30 70**

APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE