

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.

**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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
J	J	M	M	A	A	A	A

Numéro de sécurité sociale (NIR)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

L'APNI traite cette donnée pour respecter une obligation légale,  
afin de gérer les déclarations et le paiement des cotisations sociales à l'URSSAF.

Adresse

Code postal

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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

Adresse postale

Intitulé du module

Code du module

Lieu de formation (ville)

Nombre d'heures du module

 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 *AFCI* 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).**
- **Informez 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](mailto:professionnalisation@apni.fr)

Les informations recueillies au moyen de ce bulletin sont traitées par l'APNI, en sa qualité de responsable du traitement, pour organiser le départ en formation de votre assistant maternel et/ou salarié, gérer les rémunérations et frais liés à cette formation, ainsi que le paiement des cotisations. L'APNI se repose sur l'exécution du présent mandat pour traiter vos données, lesquelles sont indispensables à l'instruction du départ en formation et de ses suites. Vos données sont conservées pendant toute la durée du mandat confié, puis le temps nécessaire au respect de nos obligations légales. Vous disposez conformément au RGPD et à la loi informatique et libertés modifiée de 1978 d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition, de portabilité, et de définir des directives post-mortem, ainsi que du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL. Pour exercer vos droits ou obtenir plus d'informations, vous pouvez consulter notre politique de confidentialité ici et contacter l'APNI et son DPO à tout moment : **79, rue de Monceau 75008** ou [dpo@ani.fr](mailto:dpo@ani.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](mailto:professionnalisation@apni.fr)

Les informations recueillies au moyen de ce bulletin sont traitées par l'APNI, en sa qualité de responsable du traitement, pour gérer votre départ en formation et assurer le paiement de votre rémunération et de vos frais de vie pendant la formation. Ce traitement repose sur l'intérêt légitime de l'APNI à assurer les missions prévues par la convention collective et les accords de branche. Le traitement de votre NIR est fondé sur l'obligation légale qui incombe à l'APNI pour la gestion des déclarations et cotisations sociales auprès de l'URSSAF. La fourniture de ces données est indispensable à l'instruction du départ en formation. Les données sont conservées pendant toute la durée de la formation, puis le temps nécessaire au respect des obligations légales de contrôle. Vous disposez conformément au RGPD et à la loi informatique et libertés modifiée de 1978 d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition et de définir des directives post-mortem, ainsi que du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL. Pour exercer vos droits ou obtenir plus d'informations, vous pouvez consulter notre politique de confidentialité ici et contacter l'APNI et son DPO à tout moment : 79, rue de Monceau 75008 ou [dpo@ani.fr](mailto:dpo@ani.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