

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

OGO DEPARTEMENT MOINS DE 11 SALARIES
 20 Place des Vins de France, 75012 Paris

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 <input type="checkbox"/> 50 salariés et plus | | | | | | | | | | |
| CCN - N° IDCC DE LA CONVENTION COLLECTIVE : | N° SIRET : | | | | | | | | | | |
| ADRESSE : | | | | | | | | | | | |
| CODE POSTAL : | VILLE : | | | | | | | | | | |
| TELEPHONE : | <table border="1"> <tr> <td>Fait le :</td> <td>A :</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Cachet et Signature :</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><i>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis sur la présente demande</i></td> </tr> <tr> <td colspan="2"> </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> </td> </tr> </table> | Fait le : | A : | Cachet et Signature : | | <i>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis sur la présente demande</i> | | | | | |
| Fait le : | | A : | | | | | | | | | |
| Cachet et Signature : | | | | | | | | | | | |
| <i>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis sur la présente demande</i> | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| FAX : | | | | | | | | | | | |
| NOM/PRENOM CONTACT : | | | | | | | | | | | |
| TELEPHONE CONTACT : | | | | | | | | | | | |
| EM@IL CONTACT : | | | | | | | | | | | |

✓ B. **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 : | |
| 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)

✓ C. **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)

✓ D. **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 ce à hauteur de l'engagement accepté par OPCALIM. |
| 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 : _____ 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 | <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 |

✓ E. LES STAGIAIRES & INFOS INDIVIDUALISEES PREVUES

| N° | NOM / PRÉNOM SALARIE(S) INSCRIT(S) PRÉVU(S) | SEXE | CSP (1) | DATE DE NAISSANCE | DATE D'ENTREE | CDI OU CDD | NBRE D'HEURES FORMATION PREVUES | | ACTION EN CPF (3) | NBRE D'HEURES CPF | | SOLDE DROITS A DIF | ACTION EN PRO-A (4) | NOMBRE DE KM | SALAIRE MENSUEL CHARGE (5) | HEURES MENSUELLES REMUNEREES (6) |
|----|--|------|------------|----------------------|------------------|------------------|------------------------------------|-----------------|----------------------------|-------------------|-----------------|--------------------------|---------------------------|-----------------|-------------------------------------|---|
| | | | | | | | TOTALES | DONT HTT (2) | | TOTALES | DONT HTT (2) | | | | | |
| 1 | | | | | | | H. | H. | <input type="checkbox"/> | H. | H. | H. | <input type="checkbox"/> | Km | € | H. |
| 2 | | | | | | | H. | H. | <input type="checkbox"/> | H. | H. | H. | <input type="checkbox"/> | Km | € | H. |
| 3 | | | | | | | H. | H. | <input type="checkbox"/> | H. | H. | H. | <input type="checkbox"/> | Km | € | H. |
| 4 | | | | | | | H. | H. | <input type="checkbox"/> | H. | H. | H. | <input type="checkbox"/> | Km | € | H. |
| 5 | | | | | | | H. | H. | <input type="checkbox"/> | H. | H. | H. | <input type="checkbox"/> | Km | € | H. |
| 6 | | | | | | | H. | H. | <input type="checkbox"/> | H. | H. | H. | <input type="checkbox"/> | Km | € | H. |
| 7 | | | | | | | H. | H. | <input type="checkbox"/> | H. | H. | H. | <input type="checkbox"/> | Km | € | H. |
| 8 | | | | | | | H. | H. | <input type="checkbox"/> | H. | H. | H. | <input type="checkbox"/> | Km | € | H. |
| 9 | | | | | | | H. | H. | <input type="checkbox"/> | H. | H. | H. | <input type="checkbox"/> | Km | € | H. |
| 10 | | | | | | | H. | H. | <input type="checkbox"/> | H. | H. | H. | <input type="checkbox"/> | Km | € | H. |
| 11 | | | | | | | H. | H. | <input type="checkbox"/> | H. | H. | H. | <input type="checkbox"/> | 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 F

(4) PRO-A : A renseigner et compléter l'annexe G

(5) 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

(6) 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**

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

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 de la Caisse des Dépôts et Consignations).

F SI CPF > LES INFOS INDIVIDUELLES SALARIES SUIVANTES

A dupliquer au-delà de 3 stagiaires CPF

| | | |
|--|--|-----------------------------|
| N° DOSSIER FORMATION CAISSE DES DEPOTS (OBLIGATOIRE**) : | | |
| 1ERE DEMANDE CPF : OUI OU NON ? | | |
| NOM/PRENOM SALARIE CPF : | | NOM DE JEUNE FILLE : |
| N° NIR/SECURITE SOCIALE : | | |
| INTITULE FORMATION CPF : | | |
| CODE CPF DE LA FORMATION (CF. INFORMATION CI-DESSUS**) | | |
| MONTANT DEVIS HT ET TTC DE L'ORGANISME DE FORMATION : | | € HT |
| soit | | € TTC |

| | | |
|--|--|-----------------------------|
| N° DOSSIER FORMATION CAISSE DES DEPOTS (OBLIGATOIRE**) : | | |
| 1ERE DEMANDE CPF : OUI OU NON ? | | |
| NOM/PRENOM SALARIE CPF : | | NOM DE JEUNE FILLE : |
| N° NIR/SECURITE SOCIALE : | | |
| INTITULE FORMATION CPF : | | |
| CODE CPF DE LA FORMATION (CF. INFORMATION CI-DESSUS**) | | |
| MONTANT DEVIS HT ET TTC DE L'ORGANISME DE FORMATION : | | € HT |
| soit | | € TTC |

| | | |
|--|--|-----------------------------|
| N° DOSSIER FORMATION CAISSE DES DEPOTS (OBLIGATOIRE**) : | | |
| 1ERE DEMANDE CPF : OUI OU NON ? | | |
| NOM/PRENOM SALARIE CPF : | | NOM DE JEUNE FILLE : |
| N° NIR/SECURITE SOCIALE : | | |
| INTITULE FORMATION CPF : | | |
| CODE CPF DE LA FORMATION (CF. INFORMATION CI-DESSUS**) | | |
| MONTANT DEVIS HT ET TTC DE L'ORGANISME DE FORMATION : | | € HT |
| soit | | € TTC |

A compléter uniquement si l'action est en : PRO-A

Le public éligible à la PRO-A :

Qualification inférieure ou égale au niveau III de l'Education Nationale (BTS, DUT...) visant l'atteinte d'un niveau supérieur ou identique

Salarié en CDI et les salariés bénéficiaires CUI CDI

Durée minimale :

Comprise entre 6 et 12 mois sans être inférieure à 150 heures (jusqu'à 24 mois si le diplôme le prévoit et jusqu'à 36 mois pour les publics prioritaires)



SI PRO-A > LES INFOS INDIVIDUELLES SALARIES SUIVANTES **OBLIGATOIRES**

A dupliquer au-delà de 5 stagiaires PRO-A

| | | | |
|--|--|------------------------------|--|
| NOM/PRENOM SALARIE PRO-A : | | | |
| NIVEAU ACTUEL DE FORMATION : | | | |
| NOM/PRENOM DU TUTEUR DESIGNÉ PAR L'EMPLOYEUR : | | | |
| DATE NAISSANCE TUTEUR : | | CSP : (OQ/ONQ/EMP/TAM/IC) | DATE ENTREE TUTEUR DANS L'ENTREPRISE : |

| | | | |
|--|--|------------------------------|--|
| NOM/PRENOM SALARIE PRO-A : | | | |
| NIVEAU ACTUEL DE FORMATION : | | | |
| NOM/PRENOM DU TUTEUR DESIGNÉ PAR L'EMPLOYEUR : | | | |
| DATE NAISSANCE TUTEUR : | | CSP : (OQ/ONQ/EMP/TAM/IC) | DATE ENTREE TUTEUR DANS L'ENTREPRISE : |

| | | | |
|--|--|------------------------------|--|
| NOM/PRENOM SALARIE PRO-A : | | | |
| NIVEAU ACTUEL DE FORMATION : | | | |
| NOM/PRENOM DU TUTEUR DESIGNÉ PAR L'EMPLOYEUR : | | | |
| DATE NAISSANCE TUTEUR : | | CSP : (OQ/ONQ/EMP/TAM/IC) | DATE ENTREE TUTEUR DANS L'ENTREPRISE : |

| | | | |
|--|--|------------------------------|--|
| NOM/PRENOM SALARIE PRO-A : | | | |
| NIVEAU ACTUEL DE FORMATION : | | | |
| NOM/PRENOM DU TUTEUR DESIGNÉ PAR L'EMPLOYEUR : | | | |
| DATE NAISSANCE TUTEUR : | | CSP : (OQ/ONQ/EMP/TAM/IC) | DATE ENTREE TUTEUR DANS L'ENTREPRISE : |

| | | | |
|--|--|------------------------------|--|
| NOM/PRENOM SALARIE PRO-A : | | | |
| NIVEAU ACTUEL DE FORMATION : | | | |
| NOM/PRENOM DU TUTEUR DESIGNÉ PAR L'EMPLOYEUR : | | | |
| DATE NAISSANCE TUTEUR : | | CSP : (OQ/ONQ/EMP/TAM/IC) | DATE ENTREE TUTEUR DANS L'ENTREPRISE : |

📌 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
REEMPLISSABLE !**

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^{ER} 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 – en pages 1, 2 et 3)
- LE PROGRAMME DE FORMATION DETAILLÉ** de l'organisme ou de votre service de formation interne.

SI ACTION CPF (cadre F à compléter en page 4) et en complément des pièces énumérés ci-dessus :

- 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) si 1^{ère} demande
- 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)

SI ACTION PRO-A (cadre G à compléter en page 5) et en complément de la demande et du programme :

- COPIE DE L'AVENANT AU CONTRAT DE TRAVAIL DU BENEFICIAIRE** qui précise la durée et l'objet de la reconversion ou promotion par alternance signés des 2 parties
- COPIE DE LA CONVENTION DE FORMATION** signée par l'employeur et l'organisme de formation

! *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^{EME} TEMPS ▶ APRES la réalisation de la formation et réception de notre accord

📄 LISTE DES JUSTIFICATIFS A JOINDRE A VOTRE DEMANDE DE REMBOURSEMENT

- ATTESTATION(S) D'ASSIDUITE co-signée(s) par les stagiaires et le formateur**
- SI ABSENCE DE SUBROGATION : FACTURE DE L'ENTREPRISE au nom d'OPCALIM accompagnée de la facture acquittée**
- SI FRAIS ANNEXES HORS CPF (déplacement, hébergement) : FACTURE(S) hôtel, titre de transport, agence de voyage, autoroute, parking, restauration**

! *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).*

OPCALIM informe l'Entreprise que les informations directement ou indirectement nominatives collectées par OPCALIM dans la présente 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.