

N°Dossier : XXXXX

Demande de Remboursement Plan de formation avec Aide Financière

Icom : Icom:XXXXXX
N° ADHERENT :
BRANCHE : Branche: Animation (-10)

A retourner à :
UNIFORMATION Délégation CENTRE-EST
30 rue Pré Gaudry
CS 10717 69367 LYON Cedex 07
Téléphone : 0820 205 206
Télécopie : 04.78.62.25.08
uniflyon@uniformalion.fr

Organisme de formation

N° de déclaration d'activité YYYYYYYYYYYYYY

N° Siret YYYYYYYYYYYYYY

Raison sociale NOM ORGANISME DE FORMATION

Adresse RUE
RUE SUITE

Ville VILLE CP 00000

Tél. : 00 00 00 00 00

**L'activité d'organisme de formation est subordonnée à la possession d'un numéro de déclaration d'activité auprès de la préfecture de ré*

NOM DE L'ASSOCIATION

RUE

RUE SUITE

00000 VILLE

Projet spécifique :

Action de formation

Intitulé : NOM DE LA FORMATION

Dates de la formation faisant l'objet de la demande :

Début JJ/MM/AAAA Fin JJ/MM/AAAA

Durée de la formation xx h réparties sur YY j

Lieu de la formation (ville) VILLE CP 00000

Les stagiaires

Compléter la page 2 (renseignements obligatoires)

Remboursement demandé

Coût pédagogique (pour les formations internes, ce coût correspond au salaire chargé du personnel enseignant salarié de l'entreprise)

Pour les entreprises assujetties à la TVA, Montant HT 00000

Pour les entreprises exonérées de TVA, Montant TTC

Rémunération du personnel en formation (charges patronales incluses) 00000

Allocation formation (pour les heures Hors Temps de Travail) 0,00

Frais annexes du personnel en formation

Hébergement : nombre de nuit d'hôtel Z soit 00000

Restauration : nombre total de repas M soit 00000

Déplacements : train, autres, voiture: kilométrage ZZZZ soit 00000

Autres frais : nature soit 0,00

TOTAL 00000

Uniformation règle directement le coût pédagogique au formateur (Pour les employeurs assujettis à la TVA : De ce fait, le remboursement direct à l'organisme de formation assujetti à la TVA est impossible)

Est-ce votre dernière demande de remboursement pour cette action de formation ? oui ☆ non

A joindre obligatoirement

- 1 - La convention de formation précisant la durée et le coût de la formation
- 2 - La facture originale de l'organisme de formation (copie pour les entreprises assujetties à la TVA faisant appel à un organisme de formation égale
- 3 - L'attestation de présence des stagiaires établie par l'organisme de formation et signée par les stagiaires
- 4 - L'original des pièces justificatives des « autres frais » éventuels à détailler
- 5 - Les justificatifs des dépenses liées au remplacement des stagiaires, si la lettre d'accord d'aide financière le stipulait

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des éléments déclarés.
Nom et qualité du signataire, visa et cachet de l'employeur

Fait à le JJ/MMAAAA

N° Dossier : XXXXXX
 N° Icom : XXXXXX
 N° Adhérent : XXXXXX

Raison sociale : NOM DE L'ASSOCIATION

Demande de Remboursement

Plan de formation avec Aide Financière

Numéro de sécurité sociale (les 10 premiers chiffres)	Nom	Prénom	CP et ville du lieu de travail	Emploi occupé	CSP (a)	Nature du contrat (b)	Catégorie d'action (c)	Nbre d'heures rémunérées	Nbre d'heures DIF (d)	Nbre d'heures HTT (e)	Rémun. charges comprises (si demandée)	Allocation de formation si HTT
XXXXXXXXXXXXXX	UNTEI	MACHIN	00000 VILLE	Animateur-trice	3	1	2	XX	0	0	0	0
_YYYYYYYYYYY	TRUC	MUCH	00000 VILLE	Coordinateur-trice	3	2	2	XX	0	0	0	0

Pour remplir votre Demande de remboursement - veuillez vous référer aux listes ci-dessous.

(a) : CSP = catégorie socioprofessionnelle

- 1 Ouvrier non qualifié
- 2 Ouvrier qualifié
- 3 Employé
- 4 Agent de maîtrise/technicien
- 5 Ingénieur et cadre

(b) : nature du contrat

- 1 Salarié en contrat à durée indéterminée (CDI)
- 2 Salarié en contrat à durée déterminée (CDD)
- 3 Dirigeant bénévole
- 4 Contrat d'avenir (CA)
- 5 Contrat d'accompagnement dans l'emploi (CAE)
- 6 Contrat d'insertion - revenu minimum d'activité (CI-RMA)
- 7 Contrat initiative emploi en CDI (CIE)
- 8 Contrat initiative emploi en CDD (CIE)
- 9 Contrat jeune entreprise (CJE)
- 10 Contrat d'Engagement Educatif (CEE)

(c) : Catégorie d'actions

- 1 Les actions d'adaptation au poste de travail ou liées à l'évolution des emplois ou au maintien de l'emploi dans l'entreprise
- 2 Les actions de développement des compétences

(d) : Nombre d'heures DIF

Il s'agit du nombre d'heures DIF mobilisé par le salarié pour cette action de formation

(e) : Nombre d'heures HTT

Il s'agit du nombre total d'heures de formation réalisées hors temps de travail faisant l'objet du versement de l'allocation de formation (heures DIF HTT comprises). Attention ! Si la formation se déroule HTT et qu'elle vise l'obtention d'une certification, un bilan de compétences, une action de validation des acquis de l'expérience, la conclusion d'une convention de formation tripartite est obligatoire

Demande de Remboursement

Plan de formation avec Aide Financière

N° Adhérent : XXXXXXXXXXXXX

N° Icom : XXXXXXXXXXXXX

Raison sociale : NOM DE L'ASSOCIATION

Informations complémentaires pour l'Observatoire des métiers de l'Animation

En reprenant dans le même ordre que la fiche précédente.

Numéro d'ordre du stagiaire	Famille métier (a)	Classification (b)
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		

Informations complémentaires observatoire : veuillez vous référer aux listes ci-dessous : reporter le numéro

(a) : Familles métiers

- 1 - Animateur
- 2 - Animateur technicien, professeur
- 3 - Formateur
- 4 - Responsable de secteur ou d'équipement
- 5 - Directeur, responsable de service administratif
- 6 - Information et communication
- 7 - Comptabilité et gestion
- 8 - Secrétariat, accueil, personnel administratif
- 9 - Economat, cuisine
- 10 - Technicien spectacle
- 11 - Personnel de maintenance, surveillance, ménage, service

(b) : groupes de classification (CCN)

- 1 - Employé groupe 2
- 2 - Employé groupe 3
- 3 - Technicien groupe 4
- 4 - Technicien - agent de maîtrise groupe 5
- 5 - Technicien - agent de maîtrise groupe 6
- 6 - Cadre groupe 7
- 7 - Cadre groupe 8
- 8 - Cadre groupe 9
- 9 - Animateur technicien
- 10 - Professeur