

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

**OPCALIM**

CONTACT :

**✓ A. VOS COORDONNEES & SIGNATURE** *☞ 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 10 salariés <input type="checkbox"/> 10 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>			
NOM/PRENOM CONTACT :	<i>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis sur la présente demande</i>			
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
	<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).

✓ 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 en dehors de l'entreprise (par un Organisme de Formation externe pour l'entreprise seule) <input type="checkbox"/> en INTRA-entreprise sur le site 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 :

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

ORGANISME DE FORMATION :	
N° DE DECLARATION D'ACTIVITE OF :	N° SIRET DE L'OF :
ADRESSE DE L'ORGANISME :	
CODE POSTAL :	VILLE :
CONTACT :	TEL. :
EM@IL :	FAX :

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

SUBROGATION DE PAIEMENT A L'ORGANISME :	<input type="checkbox"/> <b>NON</b> , souhaite obtenir le remboursement par Opcalim	<input type="checkbox"/> <b>OUI</b> , souhaite qu'Opcalim règle directement la facture auprès de l'Organisme de Formation <u>uniquement si les financements mobilisés par Opcalim sont suffisants au regard du coût de l'action à régler</u> (à défaut, Opcalim procède au remboursement à l'entreprise)
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 :	€ 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 <sup>(5)</sup> :	€ ce coût est : <input checked="" type="checkbox"/> GLOBAL
	<input type="checkbox"/> ALLOCATION FORMATION <sup>(2)</sup> :	€ ce coût est : <input checked="" type="checkbox"/> GLOBAL

LES STAGIAIRES & INFOS INDIVIDUALISEES PREVUES													Infos facultatives selon modalités applicables				
N°	NOM / PRENOM SALARIE(S) INSCRIT(S) PREVU(S)	SEXE	CSP (1)	DATE DE NAISSANCE	DATE D'ENTREE	CDI OU CDD	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 (2)
							TOTALES	DONT HTT (2)			TOTALES	DONT HTT (2)					
							H.	H.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Liste alimentaire <input type="checkbox"/> Autres listes	H.	H.	H.	Km	€	H.	€
							H.	H.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Liste alimentaire <input type="checkbox"/> Autres listes	H.	H.	H.	Km	€	H.	€
							H.	H.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Liste alimentaire <input type="checkbox"/> Autres listes	H.	H.	H.	Km	€	H.	€
							H.	H.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Liste alimentaire <input type="checkbox"/> Autres listes	H.	H.	H.	Km	€	H.	€
							H.	H.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Liste alimentaire <input type="checkbox"/> Autres listes	H.	H.	H.	Km	€	H.	€
							H.	H.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Liste alimentaire <input type="checkbox"/> Autres listes	H.	H.	H.	Km	€	H.	€
							H.	H.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Liste alimentaire <input type="checkbox"/> Autres listes	H.	H.	H.	Km	€	H.	€
							H.	H.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Liste alimentaire <input type="checkbox"/> Autres listes	H.	H.	H.	Km	€	H.	€
							H.	H.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Liste alimentaire <input type="checkbox"/> Autres listes	H.	H.	H.	Km	€	H.	€
							H.	H.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Liste alimentaire <input type="checkbox"/> Autres listes	H.	H.	H.	Km	€	H.	€
							H.	H.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Liste alimentaire <input type="checkbox"/> Autres listes	H.	H.	H.	Km	€	H.	€

(1) CSP = **ONQ** (Ouvrier Non Qualifié) / **OQ** (Ouvrier Qualifié) / **EMP** (Employé) / **MT** (Maîtrise & Technicien) / **IC** (Ingénieur & Cadre),

(2) HTT = Heures réalisées **Hors Temps de Travail** avec versement d'une **Allocation formation**, uniquement si action de développement des compétences du salarié (Plan de formation) ou si action en CPF

(3) CPF : dans ce cas, préciser s'il s'agit d'un **CPF visant une formation inscrite sur la liste du secteur alimentaire ou sur d'autres listes interprofessionnelles (nationale ou régionale)** 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.**

(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).**

**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 :	
INTITULE FORMATION CPF :	
CODE CPF DE LA FORMATION (CF. INFORMATION CI-DESSUS) :	
ADRESSE PERSONNELLE DU SALARIE EN CPF :	
CODE POSTAL :	VILLE :
ADRESSE EM@IL PERSONNELLE :	
MONTANT DEVIS / COUT TOTAL DE LA FORMATION CPF :	€ MONTANT FRAIS DE GARDE (ENFANT(S) OU PARENT(S) A CHARGE) : €

NOM/PRENOM SALARIE CPF :	
INTITULE FORMATION CPF :	
CODE CPF DE LA FORMATION (CF. INFORMATION CI-DESSUS) :	
ADRESSE PERSONNELLE DU SALARIE EN CPF :	
CODE POSTAL :	VILLE :
ADRESSE EM@IL PERSONNELLE :	
MONTANT DEVIS / COUT TOTAL DE LA FORMATION CPF :	€ MONTANT FRAIS DE GARDE (ENFANT(S) OU PARENT(S) A CHARGE) : €

NOM/PRENOM SALARIE CPF :	
INTITULE FORMATION CPF :	
CODE CPF DE LA FORMATION (CF. INFORMATION CI-DESSUS) :	
ADRESSE PERSONNELLE DU SALARIE EN CPF :	
CODE POSTAL :	VILLE :
ADRESSE EM@IL PERSONNELLE :	
MONTANT DEVIS / COUT TOTAL DE LA FORMATION CPF :	€ MONTANT FRAIS DE GARDE (ENFANT(S) OU PARENT(S) A CHARGE) : €

NOM/PRENOM SALARIE CPF :	
INTITULE FORMATION CPF :	
CODE CPF DE LA FORMATION (CF. INFORMATION CI-DESSUS) :	
ADRESSE PERSONNELLE DU SALARIE EN CPF :	
CODE POSTAL :	VILLE :
ADRESSE EM@IL PERSONNELLE :	
MONTANT DEVIS / COUT TOTAL DE LA FORMATION CPF :	€ MONTANT FRAIS DE GARDE (ENFANT(S) OU PARENT(S) A CHARGE) : €

**❗ 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.

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

*- Formulaire CPF de la Caisse des Dépôts et Consignation complété et signé, précisant le n° de sécurité sociale (code NIR) du salarié,*

- Etat du SOLDE A DATE des heures DIF délivré par l'employeur au plus tard le 30.01.2015,*
- Copie du COURRIER DE DEMANDE DE CPF effectué par le salarié auprès de 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).

**ENVOI 2<sup>EME</sup> TEMPS**

▶ **APRES** la réalisation de la formation

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

- LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT COMPLETEE & SIGNÉE** (jointe à votre accord de financement adressé par Opcalim).
- 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).
- SI ABSENCE DE SUBROGATION : FACTURE ACQUITTÉE** reçue de l'organisme de formation.
- SI FRAIS ANNEXES (déplacement, hébergement...)** : **COPIE DES JUSTIFICATIFS DES FRAIS (remboursés à l'entreprise).**

**❗** 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 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.**



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 !**

**DPC clic**

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

The screenshot shows a web interface for submitting a request. The main heading is "Envoyer une demande de prise en charge". Below it, there are tabs for "Les Financements", "La formation", "Les coûts", "Les stagiaires", "Les parcours", and "Le dépôt". The "Renseigner l'action de formation" section includes fields for "Intitulé" (with a dropdown for "Nouvelle demande"), "Date de début" (01/09/14), "Date de fin" (02/09/14), "Durée" (14), and "Typologie" (Evolution ou maintien dans l'emploi). There are also radio buttons for "Formation" (Interne, Externe) and checkboxes for "Inter-entreprises", "Intra-entreprise (hors site entreprise)", and "Intra-entreprise (sur site entreprise)". A "Rechercher" button is at the bottom right.

**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