



Ce bulletin d'inscription doit être complété puis adressé à l'organisme de formation que vous aurez choisi. N'hésitez pas à consulter la notice page 5 pour compléter ce bulletin d'inscription. Les engagements (page 3) doivent être signés par le particulier employeur facilitateur et l'assistant maternel.

# BULLETIN D'INSCRIPTION



Ce bulletin provisoire est susceptible d'évoluer en cours d'année en raison de la révision éventuelle des critères de prises en charge de la branche professionnelle des assistants maternels du particulier employeur. Un seul bulletin d'inscription est à remplir pour chaque module.

Toutes les informations de ce bulletin d'inscription sont obligatoirement à compléter.

## A ASSISTANT MATERNEL

N° de passeport formation (si vous avez déjà suivi une formation) :

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom de naissance :

Nom :

Prénom :

N° Sécurité Sociale :

Date de naissance :  /  /

Adresse :

CP :  Ville :

Téléphone fixe :  Téléphone mobile :

Mail :

Niveau d'études **A1** :

Voir la notice page 5



## PIÈCES JUSTIFICATIVES



### PIÈCES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT :

- Copie de l'agrément en cours de validité.
- Copie du dernier bulletin de salaire Pajemploi\* aux nom et prénom de l'employeur facilitateur déclaré.
- \* La période d'emploi indiquée sur le document ne doit pas être datée de plus de 3 mois avant le démarrage de la formation.
- RIB aux nom et prénom de l'employeur facilitateur obligatoire : **aucun remboursement ne sera effectué si le RIB n'est pas fourni.**
- Copie des pièces d'identité du particulier employeur facilitateur et de l'assistant maternel.

Dans le cas où les heures de formation sont prises sur le temps d'accueil des enfants :

- Le planning (page 4) et les cases **B2** **B3** (page 1) sont à compléter obligatoirement.

## B INFORMATIONS OBLIGATOIRES POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION



Ce cadre doit être obligatoirement manuscrit et complété à l'encre bleue. Ces éléments sont nécessaires pour le remboursement à l'employeur facilitateur des salaires et/ou allocation de formation et frais annexes.

### Cadre du départ en formation :

Utilisation du PLAN :

Nombre d'heures de formation suivies hors temps d'accueil  
Lors du départ en formation sur le PLAN hors temps d'accueil, l'assistant maternel doit être d'accord pour partir en formation.

**B1** :  heures

Nombre d'heures de formation suivies sur temps d'accueil

**B1** :  heures

Voir la notice page 5

Le total des cases **B1**  
doit être identique à la  
case **E3** (page 2)

A compléter si la formation a lieu sur le temps d'accueil : Planning de l'assistant maternel (page 4) à compléter obligatoirement dans le cas où les heures de formation sont prises sur le temps d'accueil des enfants.

Salaire horaire net versé par l'employeur facilitateur **B2** :  €

Nombre total d'heures d'accueil habituel pendant les jours de formation pour tous les employeurs **B3** :  heures  
(le total des cases **B3** du planning, page 4)

**ATTENTION**, dès le dernier jour de formation (cachet de La Poste ou date du mail faisant foi), aucune modification concernant le salaire horaire net et/ou l'allocation de formation ne pourra être prise en compte.

### ÉLÉMENTS DE REMBOURSEMENT AU FORFAIT DES FRAIS ANNEXES À LA FORMATION :

Les frais annexes (km, repas et/ou hôtel) seront à déclarer par l'assistant maternel au moment du module de formation sur la feuille d'émargement.

Voir barème des frais annexes dans la notice page 5.

LE PARTICULIER EMPLOYEUR N'A PAS À EFFECTUER DE DÉCLARATION AUPRÈS DU CENTRE PAJEMPLOI POUR LES HEURES DE FORMATION. LA DÉCLARATION SERA EFFECTUÉE PAR L'IRCEM PRÉVOYANCE. Lire le texte page 5, cadre **B**

## C EMPLOYEUR FACILITATEUR DÉCLARÉ (INDIQUÉ SUR LE JUSTIFICATIF PAJEMPLOI JOINT À LA DEMANDE)

N° Pajemploi :

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom de naissance :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :  /  /

Adresse :

CP :  Ville :

Téléphone fixe :

Téléphone mobile :

Mail :

## D ORGANISME DE FORMATION

Nom de l'organisme de formation : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

## E FORMATION

Voir la notice page 5

Complétez uniquement le cadre **EA**. Si votre demande est destinée à une certification, complétez les cadres **EA** et **EB**.

|                                                                                                                       |                                                                                                                                |                                                                                                                                                              |                                              |                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------|
| EA                                                                                                                    | Intitulé du module <b>E1</b> :                                                                                                 | _____                                                                                                                                                        |                                              |                                            |
|                                                                                                                       | Référence du module <b>E2</b> :                                                                                                | _____                                                                                                                                                        |                                              |                                            |
|                                                                                                                       | Nombre d'heures du module <b>E3</b> :                                                                                          | _____                                                                                                                                                        | Date de début <b>E4</b> : ____ / ____ / ____ | Date de fin <b>E4</b> : ____ / ____ / ____ |
|                                                                                                                       | Lieu de formation <b>E5</b> :                                                                                                  | _____                                                                                                                                                        |                                              |                                            |
|                                                                                                                       |                                                                                                                                | Mode de formation <b>E6</b> : <input type="checkbox"/> Présentiel <input type="checkbox"/> FOAD <input type="checkbox"/> Blended                             |                                              |                                            |
| EB                                                                                                                    | Voie de certification <b>E7</b> :                                                                                              | <input type="checkbox"/> Formation <input type="checkbox"/> Accompagnement VAE                                                                               |                                              |                                            |
|                                                                                                                       | Certification visée <b>E8</b> :                                                                                                | <input type="checkbox"/> ASSISTANT MATERNEL / GARDE D'ENFANTS <input type="checkbox"/> EMPLOYÉ FAMILIAL <input type="checkbox"/> ASSISTANT DE VIE DÉPENDANCE |                                              |                                            |
|                                                                                                                       | Intitulé du bloc <b>E9</b> :                                                                                                   | _____                                                                                                                                                        |                                              |                                            |
|                                                                                                                       | Référence du bloc <b>E10</b> :                                                                                                 | _____                                                                                                                                                        |                                              |                                            |
|                                                                                                                       | Nombre d'heures du bloc + évaluations prévues <b>E11</b> :                                                                     | _____ heures                                                                                                                                                 |                                              |                                            |
|                                                                                                                       | Si dernier module du bloc, cochez le nombre d'heures d'évaluation : <input type="checkbox"/> 1H ou <input type="checkbox"/> 2H |                                                                                                                                                              |                                              |                                            |
| Si allègement sur tous les modules du bloc, cochez le nombre d'heures d'évaluation et indiquez la date ou les dates : |                                                                                                                                |                                                                                                                                                              |                                              |                                            |
| <input type="checkbox"/> 1 heure : Date : ____ / ____ / ____                                                          |                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 2 heures : Date : ____ / ____ / ____                                                                                                |                                              |                                            |





Ces cadres doivent être obligatoirement manuscrits et complétés à l'encre bleue.

## ENGAGEMENTS DU PARTICULIER EMPLOYEUR FACILITATEUR

Je soussigné(e) Mme/M \_\_\_\_\_ (Employeur facilitateur)  
certifie :

- ✓ L'exactitude des informations indiquées dans le cadre B (*aucune modification ni ajout ne pourront être pris en compte*),
- ✓ Si la formation a lieu sur du temps d'accueil, avoir complété le planning (page 4), avoir reporté le nombre d'heures d'accueil de tous les employeurs (case **B3**) et indiqué le salaire horaire net habituellement appliqué par l'employeur facilitateur,
- ✓ Etre l'employeur facilitateur de mon assistant maternel, lui verser l'allocation de formation (*formation en dehors du temps d'accueil*) et/ou le rémunérer pour la totalité des heures d'accueil pour tous les employeurs au taux horaire net indiqué dans la case **B2** (*formation sur du temps d'accueil*),
- ✓ Avoir pris connaissance et accepté que les frais de dépenses de km, de repas et/ou d'hôtel seront déclarés par mon assistant maternel lors du module sur la feuille d'émargement (*aucune modification ni ajout ne pourront être pris en compte*),
- ✓ Pouvoir justifier de la réalité des dépenses de km (ticket de péage et de carburant), de repas et/ou d'hôtel déclarés par mon assistant maternel lors du module sur la feuille d'émargement. Les justificatifs devront répondre aux critères formulés par IPERIA,
- ✓ Verser à mon assistant maternel les frais de dépenses de km, de repas et/ou d'hôtel le cas échéant,
- ✓ Avoir pris connaissance et autoriser IPERIA à régler directement les heures de formation à l'organisme de formation et à me rembourser les salaires et/ou l'allocation de formation et frais annexes à la formation par virement sur mon compte,
- ✓ Que les autres employeurs ont été informés et qu'ils autorisent le départ en formation de mon assistant maternel (si la formation se déroule sur du temps d'accueil),
- ✓ Avoir pris connaissance que mon assistant maternel peut utiliser jusqu'à 58h de Plan de développement des compétences par année civile,
- ✓ Que je dois informer IPERIA et l'organisme de formation de toute suspension (maladie, maternité, congé parental...) ou rupture du contrat de travail ou arrêt de l'action de formation,
- ✓ Avoir pris connaissance et accepté que l'IRCEM Prévoyance procédera pour mon compte à la déclaration et au paiement des cotisations et contributions, dues auprès de l'URSSAF pour le temps de formation,
- ✓ Avoir pris connaissance et accepté que mes données à caractère personnel soient transmises à l'IRCEM Prévoyance dans le cadre du départ en formation de mon salarié,

Les données collectées sont obligatoires pour permettre la gestion de la formation (base juridique : obligation légale) et sont archivées pendant la durée légale nécessaire à la gestion et à la justification de leurs droits. Les destinataires sont IPERIA et ses partenaires, l'IRCEM Prévoyance et les organismes de formation. Conformément à la législation applicable sur la protection des données, les employeurs peuvent accéder, modifier, s'opposer au traitement et demander la suppression de leurs données à caractère personnel recueillies et traitées et en obtenir la communication dans un format structuré et lisible (sauf empêchement légitime). Ils disposent également du droit d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle et de définir des directives relatives à leur testament numérique. Ils peuvent exercer leurs droits en adressant un courrier à l'adresse suivante : IPERIA l'Institut, 60 avenue de Quakenbrück (BP 136) 61004 Alençon Cedex.

S'il s'agit d'un départ en formation réalisé sur le PLAN hors temps d'accueil, je confirme que mon assistant maternel est d'accord pour suivre cette formation.

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Signature du particulier employeur facilitateur déclaré :**

## ENGAGEMENTS DE L'ASSISTANT MATERNEL

Je soussigné(e) Mme/M \_\_\_\_\_ (Assistant maternel)  
certifie :

- ✓ Avoir pris connaissance et accepté mon départ en formation sur du PLAN hors temps d'accueil,
- ✓ Avoir pris connaissance et accepté que les frais de dépenses de km, de repas et/ou d'hôtel seront déclarés par moi-même lors du module sur la feuille d'émargement (*aucune modification ni ajout ne pourront être pris en compte*). Je dispose d'un délai maximal de huit jours calendaires après le dernier jour de la formation (cachet de la poste faisant foi) pour demander par écrit la modification de ces frais,
- ✓ Avoir pris connaissance et accepté que mes données à caractère personnel soient transmises à l'IRCEM Prévoyance dans le cadre de mon départ en formation,

Les données collectées sont obligatoires pour permettre la gestion de la formation (base juridique : obligation légale) et sont archivées pendant la durée légale nécessaire à la gestion et à la justification de leurs droits. Les destinataires sont IPERIA et ses partenaires, l'IRCEM Prévoyance et les organismes de formation. Conformément à la législation applicable sur la protection des données, les assistants maternels peuvent accéder, modifier, s'opposer au traitement et demander la suppression de leurs données à caractère personnel recueillies et traitées et en obtenir la communication dans un format structuré et lisible (sauf empêchement légitime). Ils disposent également du droit d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle et de définir des directives relatives à leur testament numérique. Ils peuvent exercer leurs droits en adressant un courrier à l'adresse suivante : IPERIA l'Institut, 60 avenue de Quakenbrück (BP 136) 61004 Alençon Cedex.

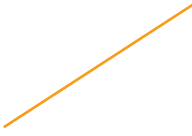
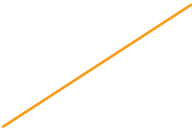
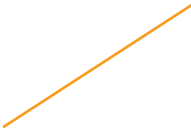
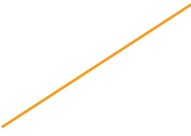
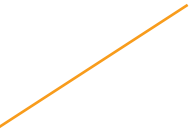
Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Signature de l'assistant maternel :**

# PLANNING DE L'ASSISTANT MATERNEL

**⚠ À COMPLÉTER OBLIGATOIREMENT POUR LE COMPTE DES AUTRES EMPLOYEURS ET UNIQUEMENT DANS LE CAS OÙ LES HEURES DE FORMATION SONT PRISES SUR LE TEMPS D'ACCUEIL DES ENFANTS**

Nom et prénom de l'assistant maternel : \_\_\_\_\_

| <br><b>JOURS DE LA FORMATION</b>        | <br><b>EMPLOYEUR FACILITATEUR</b> | <b>NOM DES AUTRES EMPLOYEURS</b>                                                  |                                                                                    |                                                                                     |                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                          |                                                                                                                    | <b>1</b><br>Nom : _____<br>Prénom : _____                                         | <b>2</b><br>Nom : _____<br>Prénom : _____                                          | <b>3</b><br>Nom : _____<br>Prénom : _____                                           | <b>4</b><br>Nom : _____<br>Prénom : _____                                           |
|                                                                                                                          |                                                                                                                    | <b>HORAIRE D'ACCUEIL</b>                                                          |                                                                                    |                                                                                     |                                                                                     |
| <b>EXEMPLE POUR 1 ENFANT</b><br>13/03/2020<br><b>OU</b><br><b>EXEMPLE POUR PLUSIEURS ENFANTS (FRATRIE)</b><br>13/03/2020 |                                   | 8H00 à 16H30<br>TOTAL : 8H30                                                      |  |  |  |
|                                                                                                                          | 7H00 à 18H30<br>11H30 à 13H30<br>16H30 à 19H00<br>TOTAL : 16H                                                      |  |  |  |  |
| ____/____/____                                                                                                           |                                                                                                                    |                                                                                   |                                                                                    |                                                                                     |                                                                                     |
| ____/____/____                                                                                                           |                                                                                                                    |                                                                                   |                                                                                    |                                                                                     |                                                                                     |
| ____/____/____                                                                                                           |                                                                                                                    |                                                                                   |                                                                                    |                                                                                     |                                                                                     |
| ____/____/____                                                                                                           |                                                                                                                    |                                                                                   |                                                                                    |                                                                                     |                                                                                     |
| ____/____/____                                                                                                           |                                                                                                                    |                                                                                   |                                                                                    |                                                                                     |                                                                                     |
| ____/____/____                                                                                                           |                                                                                                                    |                                                                                   |                                                                                    |                                                                                     |                                                                                     |
| <b>TOTAL D'HEURES D'ACCUEIL*</b>                                                                                         | <b>B3</b> *                                                                                                        | <b>B3</b> *                                                                       | <b>B3</b> *                                                                        | <b>B3</b> *                                                                         | <b>B3</b> *                                                                         |

\* A reporter dans la case **B3** (page 1) pour tous les employeurs

## NOTICE



Afin de vous aider à compléter le bulletin d'inscription,  
n'hésitez pas à contacter la plateforme d'IPERIA

0 800 820 920

Service à appel  
gratuits

## A ASSISTANT MATERNEL

⚠ L'ensemble des informations doit être obligatoirement complété. Les nom et prénom indiqués dans le cadre A doivent être identiques aux nom et prénom indiqués sur le bulletin de salaire Pajemploi et l'agrément.

**LE PASSEPORT DE FORMATION** : Il a été remis à l'assistant maternel si celui-ci a déjà suivi une formation. Dans le cas contraire, l'organisme de formation lui remettra un passeport à la fin de sa formation.

B INFORMATIONS OBLIGATOIRES  
POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION

⚠ Ce cadre doit être obligatoirement manuscrit et complété à l'encre bleue.

**ATTENTION** : si la formation a lieu pendant le temps d'accueil des enfants, la rémunération pendant la formation est soumise à cotisations et contributions sociales. L'IRCEM Prévoyance procédera pour le compte de l'employeur facilitateur à la déclaration et au paiement des cotisations et contributions afférentes au temps de formation auprès de l'Urssaf. L'employeur facilitateur ne doit pas déclarer les heures de formation suivies par l'assistant maternel ni les heures d'accueil des enfants indiquées sur le planning (page 4) auprès du Centre national Pajemploi ou de l'Urssaf, mais déclarer uniquement les heures d'accueil réellement travaillées. Par conséquent, un relevé d'information sera envoyé à l'employeur facilitateur qui devra le compléter, le signer et le remettre à l'assistant maternel. Attention, ce relevé d'information correspondra uniquement aux heures de formation effectuées.

## Cadre du départ en formation :

**B1** Vous devez indiquer le nombre d'heures de formation suivi dans le cadre du PLAN. Si la formation a lieu sur le temps d'accueil des enfants : **B2** vous devez notifier le salaire horaire net de l'assistant maternel. **B3** Page 4 : le planning de l'assistant maternel est obligatoire dans le cas où des heures de formation sont prises sur le temps d'accueil des enfants. Vous reporterez le total des heures d'accueil pour chaque employeur à la page 1 dans la case correspondante.

## Pour info :

Le nombre d'heures de formation utilisé dans le cadre du PLAN hors temps d'accueil doit être rémunéré à l'assistant maternel sous la forme d'une allocation de formation forfaitisée à 4,47€ de l'heure\* (Nb d'heures de formation x 4,47€). Seules les heures de formation effectivement réalisées donnent lieu au versement de l'allocation de formation.

\* Ce montant est susceptible d'évoluer en cours d'année.

## ÉLÉMENTS DE REMBOURSEMENT AU FORFAIT DES FRAIS ANNEXES À LA FORMATION

Les frais annexes (km, repas, nuits d'hôtel) seront déclarés jour par jour par l'assistant maternel lors du module de formation sur la feuille d'émargement (aucune modification ni ajout ne pourront être pris en compte) :

- Le nombre total de kilomètres à parcourir correspond à la distance entre le lieu d'habitation de l'assistant maternel et le lieu de la formation, aller/retour par jour de formation. Le remboursement des frais kilométriques est plafonné à 200 km aller/retour par jour de formation. Le calcul des kilomètres doit être réalisé avec l'outil Google Maps.
- Le déjeuner se justifie lorsque la formation se déroule sur la journée entière.
- Le dîner est justifié dans le cadre d'un hébergement à l'hôtel.
- La nuit d'hôtel se justifie si la formation se déroule sur 2 jours consécutifs ou si, compte tenu du lieu de formation l'assistant maternel arrive la veille. En cas de nuits d'hôtel sur des jours de formation qui se suivent, le remboursement des frais kilométriques est plafonné à 100 km aller et 100 km retour.

## Barème des frais annexes au forfait :

0.211€  
du km\*\*Le déjeuner et/ou dîner :  
11€\*\*Nuit d'hôtel :  
70€ pour la province\*\*  
90€ pour Paris,  
petit déjeuner compris\*\*

\*\*Taux et montants indicatifs susceptibles d'être révisés  
en cours d'année

Les pièces justificatives sont à tenir à disposition d'IPERIA l'Institut (frais de restauration, d'hôtel, et/ou de transport, y compris les tickets de péage et de carburant) qui peut à tout moment les demander et procéder aux corrections éventuelles.

Le remboursement des frais annexes à la formation sera subordonné à la réalisation effective de la formation.

**Niveau d'études A1** : Renseigner le niveau d'études de l'assistant maternel à l'entrée de la formation (voir niveaux en dessous) :

- **NON CONCERNÉ** : étude ou diplôme non reconnu en France
- **NIVEAU VI** : sortie de collège avant la 3<sup>ème</sup> sans diplôme
- **NIVEAU V BIS** : sortie de 3<sup>ème</sup> ou abandon en classes de CAP/BEP avant la terminale
- **NIVEAU V** : sortie de l'année terminale de CAP/BEP ou abandon de la scolarité avant la terminale
- **NIVEAU IV** : titulaire du bac ou abandon avant l'obtention d'un niveau Bac +2
- **NIVEAU III** : sortie avec le niveau Bac +2
- **NIVEAU I et II** : sortie avec un diplôme de 2 ou 3<sup>ème</sup> cycle universitaire ou de grande école

## C EMPLOYEUR FACILITATEUR\* DÉCLARÉ

\*Employeur qui porte le projet de formation de l'assistant maternel

⚠ L'ensemble des informations doit être obligatoirement complété.

Le relevé d'identité bancaire (RIB) aux nom et prénom du particulier employeur facilitateur déclaré est obligatoire (pour un remboursement par virement) même si l'assistant maternel a déjà suivi une formation.

Les nom et prénom indiqués dans le cadre C doivent être identiques aux nom et prénom indiqués sur le bulletin de salaire Pajemploi et le RIB.

**Numéro Pajemploi** : le numéro correspond au numéro employeur indiqué sur le bulletin de salaire Pajemploi.

- La copie de l'agrément délivré par le Conseil Général ou le Conseil Départemental doit vous être transmise par l'assistant maternel.
- La copie du dernier bulletin de salaire de Pajemploi doit vous être transmise par l'assistant maternel.

**Dans le cas où les heures de formation sont prises sur le temps d'accueil des enfants, le planning (page 4) est à compléter obligatoirement.**

L'assistant maternel vient d'être recruté et l'employeur facilitateur n'a pas encore effectué de déclaration auprès de Pajemploi ou de l'Urssaf : joindre dès que possible un bulletin de salaire Pajemploi afin d'obtenir la prise en charge par IPERIA.

## D ORGANISME DE FORMATION

⚠ L'ensemble des informations doit être obligatoirement complété.

## E FORMATION

Si votre demande est destinée à une certification, toutes les informations des cadres EA et EB doivent être complétées.

Si votre demande est destinée à un module non certifiant, seules les informations du cadre EA doivent être complétées.

**E1 E2 E3** Sur le catalogue papier et notre site internet [www.iperia.eu](http://www.iperia.eu), vous trouverez l'intitulé, la référence et le nombre d'heures du module choisi.

**E4 E5** Sur notre site internet [www.iperia.eu](http://www.iperia.eu), vous trouverez les dates et le lieu de formation.

**E6 Il existe 3 modes de formation :**

- Présentiel - FOAD (Formation à distance) - Blended (Présentiel et à distance)

**E9 E10 E11** Sur le catalogue papier et notre site internet [www.iperia.eu](http://www.iperia.eu), vous trouverez l'intitulé, la référence et le nombre d'heures du bloc.

**SIGNATURE (page 3) :**

Les signatures doivent être obligatoirement manuscrites et originales.