

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

**OPCALIM**  
**DGO Plateforme TPE -10**  
**20, Place des Vins de France**  
**CS 11240**  
**75603 PARIS CEDEX 12**

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 :  <b>Cachet et Signature :</b> <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. LES FINANCEMENTS DEMANDES** *☑ à cocher*

<b>PLAN</b> DE FORMATION	<input checked="" 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>	Le stage de l'école Bellouet conseil passe dans le cadre du plan de formation entreprise mais ne sont pas éligible dans le cadre du CPF pour l'instant.

✓ 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 : <b>ECOLE BELLOUET CONSEIL 304-306 RUE LECOURBE 75015 PARIS</b>			
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		
MODALITES DE REALISATION DE L'ACTION :	<input checked="" type="checkbox"/> Développement des compétences du salarié		
	<input checked="" 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 :	<b>ECOLE BELLOUET CONSEIL</b>		
N° DE DECLARATION D'ACTIVITE OF :	<b>11753768575</b>	N° SIRET DE L'OF :	<b>35389658200023</b>
ADRESSE DE L'ORGANISME : <b>304-306 RUE LECOURBE</b>			
CODE POSTAL :	<b>75015</b>	VILLE :	<b>PARIS</b>
CONTACT :	<b>AKIKO</b>	TEL. :	<b>0140601620</b>
EM@IL :	<b>bellouet.conseil@wanadoo.fr</b>	FAX :	<b>0140601621</b>

✓ E. **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 <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 : <b>    </b> 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 DE 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)					
1							H.	H.	<input type="checkbox"/> Liste alimentaire <input type="checkbox"/> Autres listes	<input type="checkbox"/>	H.	H.	H.	KM	€	H.	€
2							H.	H.	<input type="checkbox"/> Liste alimentaire <input type="checkbox"/> Autres listes	<input type="checkbox"/>	H.	H.	H.	KM	€	H.	€
3							H.	H.	<input type="checkbox"/> Liste alimentaire <input type="checkbox"/> Autres listes	<input type="checkbox"/>	H.	H.	H.	KM	€	H.	€
4							H.	H.	<input type="checkbox"/> Liste alimentaire <input type="checkbox"/> Autres listes	<input type="checkbox"/>	H.	H.	H.	KM	€	H.	€
5							H.	H.	<input type="checkbox"/> Liste alimentaire <input type="checkbox"/> Autres listes	<input type="checkbox"/>	H.	H.	H.	KM	€	H.	€
6							H.	H.	<input type="checkbox"/> Liste alimentaire <input type="checkbox"/> Autres listes	<input type="checkbox"/>	H.	H.	H.	KM	€	H.	€
7							H.	H.	<input type="checkbox"/> Liste alimentaire <input type="checkbox"/> Autres listes	<input type="checkbox"/>	H.	H.	H.	KM	€	H.	€
8							H.	H.	<input type="checkbox"/> Liste alimentaire <input type="checkbox"/> Autres listes	<input type="checkbox"/>	H.	H.	H.	KM	€	H.	€
9							H.	H.	<input type="checkbox"/> Liste alimentaire <input type="checkbox"/> Autres listes	<input type="checkbox"/>	H.	H.	H.	KM	€	H.	€
10							H.	H.	<input type="checkbox"/> Liste alimentaire <input type="checkbox"/> Autres listes	<input type="checkbox"/>	H.	H.	H.	KM	€	H.	€
11							H.	H.	<input type="checkbox"/> Liste alimentaire <input type="checkbox"/> Autres listes	<input type="checkbox"/>	H.	H.	H.	KM	€	H.	€
12							H.	H.	<input type="checkbox"/> Liste alimentaire <input type="checkbox"/> Autres listes	<input type="checkbox"/>	H.	H.	H.	KM	€	H.	€

Tableau à dupliquer au-delà de 12 stagiaires

(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).