

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

**SPP Pêche, Cultures Marines et
Coopération Maritime**
7 rue Félix Le Dantec
CS 83039
29334 QUIMPER CEDEX

CONTACT : spp.pcm@opcalim.org
Tél : 02.98.97.26.52

Cette demande est à nous transmettre dans un délai de 30 jours avant le début de la formation
Ce document ne vaut pas inscription auprès de l'organisme de formation

✓ A. VOS COORDONNEES & SIGNATURE OBLIGATOIRES <small>☺ à compléter ou ☑ à cocher</small>	
RAISON SOCIALE DE L'ENTREPRISE OU NOM ET PRENOM DU DIRIGEANT NON SALARIE (DNS) DU SECTEUR PECHE ET CULTURES MARINES OU DERNIER EMPLOYEUR DU MARIN DEBARQUE.	
N° ADHERENT :	ACTIVITE : <input type="checkbox"/> Industries Alimentaires <input type="checkbox"/> Coopération Agricole <input type="checkbox"/> Pêche, Cultures Marines et Coopération Maritime
SEUIL EFFECTIF ETP :	<input type="checkbox"/> Moins de 11 salariés <input type="checkbox"/> 11 à moins de 50 salariés <input type="checkbox"/> 50 salariés et plus
CCN - N° IDCC DE LA CONVENTION COLLECTIVE :	N° SIRET :
ADRESSE :	
CODE POSTAL :	VILLE :
TELEPHONE :	Fait le : A : Cachet et Signature de l'entreprise ou signature du stagiaire dirigeant non salarié : <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 <u>et ce à hauteur de l'engagement accepté par OPCALIM.</u>
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
FRAIS ANNEXES DES STAGIAIRES	<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 :	€ ce coût est : <input checked="" type="checkbox"/> GLOBAL

✓ 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	MARINS DEBARQUE O/N	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) / **DNS** (Dirigeant Non Salarié)

(2) HTT = Heures réalisées Hors Temps de Travail

(3) CPF : A renseigner et compléter l'annexe

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

(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 ----- € TTC
soit	soit

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 ----- € TTC
soit	soit

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 ----- € TTC
soit	soit

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 :