



# Dossier de demande de financement : PRÉVENTION DU HANDICAP ANIMATEUR PREVENTION TMS

Cadre réservé à l'OETH
Date de réception : <input type="text"/>
N° établissement :
N° dossier :
N° Association :
Date CPA :

EMPLOYEUR	Cadre réservé à l'OETH
Association gestionnaire : _____	Année d'adhésion :
Raison sociale : _____	Effectif d'assujettissement :
Adresse : _____	Taux d'obligation moyen :
Code postal : <input type="text"/> Ville : _____	Nbre d'handicapés :
N° de SIRET : <input type="text"/>	CDI :
Effectif d'assujettissement au 31/12/2008 en ETP : _____	CDD :
Personne à contacter : <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle	Financements perçus depuis 2006 :
Nom : _____ Prénom : _____	Financements RTH depuis 2001 :
Fonction : _____	
E-mail : _____	
Tél. : <input type="text"/>	
Fax. : <input type="text"/>	

## 1/ FORMATION ANIMATEUR-PRÉVENTION TMS

Descriptif synthétique du projet : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nom de l'organisme de formation : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal :  Ville : \_\_\_\_\_

Intitulé de la formation : \_\_\_\_\_

Durée de la formation : \_\_\_\_\_ Date de démarrage prévisionnelle :



### Coûts prévisionnels de la formation

	COUT TOTAL	PRISE EN CHARGE OETH	SOLDE POUVANT ETRE PRIS EN CHARGE PAR UNIFAF (1)
Frais pédagogiques		2 000 € max.	
Frais d'hébergement et/ou de déplacement		2 000 € max. <small>si pas de frais pédagogiques</small>	
Salaire chargé du stagiaire pendant la formation		2 000 € max.	

Souhaitez-vous que ce dossier soit transmis à UNIFAF pour les compléments de financement ? OUI  NON

- (1) Dans le cadre d'une Convention signée entre Unifaf et OETH, l'OPCA peut prendre en charge financièrement :
- la différence établie entre le montant des **coûts pédagogiques** facturés et le financement d'OETH
  - les éventuels compléments des **salaires de remplacement** de l'Animateur-Prévention durant sa formation (conformément aux règles de prise en charge applicables au sein d'Unifaf)
  - l'ensemble des **frais annexes** (déplacement, hébergement) dans le respect des plafonds mis en œuvre au sein de l'OPCA et sous réserve de présentation des pièces justificatives afférentes.

Cette prise en charge sera financée par le Fonds d'intervention (Programmes spécifiques) ou sera imputée sur le PAUF s'il n'est pas totalement utilisé par l'établissement. Pour tout renseignement complémentaire, merci de vous adresser à Unifaf.

## 2/ PÉRENNISATION DE LA COMPÉTENCE

(Formations de prévention dispensées par l'Animateur-Prévention)

Descriptif synthétique du projet : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Nombre de jours de formation interne animés par l'Animateur-Prévention TMS au cours de l'année :

Planning 2010			
MOIS	NOMBRE DE JOURS	MOIS	NOMBRE DE JOURS

Financement forfaitaire limité à 250 €/jour et plafonné à 4/9/16 jours selon la taille de l'effectif de l'établissement  
 Cf. Annexe 1 de la Convention d'Action.

## SALARIÉ DÉSIGNÉ ANIMATEUR-PRÉVENTION TMS

M.  Mme  Mlle

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Intitulé du poste occupé : \_\_\_\_\_

Date d'embauche :  Type de contrat : \_\_\_\_\_

Temps de travail hebdomadaire contractuel (à la date de la demande) :

Cadre réservé à OETH	
1 - Formation	MONTANT ACCORDÉ
Frais pédagogiques	
Salaire chargé	
Frais Déplact.+ Héberg. (CRAMIF)	
<b>2 - Pérennisation de la compétence</b>	
Nombre de jours maxi : 4 <input type="checkbox"/> - 9 <input type="checkbox"/> - 16 <input type="checkbox"/>	
Salaire chargé	
<b>TOTAL</b>	

### PIÈCES A FOURNIR

FORMATION ANIMATEUR-PRÉVENTION TMS	PÉRENNISATION DE LA COMPÉTENCE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Convention d'action complétée et signée en double exemplaire (avec les annexes paraphées à toutes les pages)</li> <li>• Copie d'une fiche de salaire de moins de 3 mois du salarié désigné Animateur-Prévention TMS</li> <li>• Copie du Document Unique</li> <li>• Devis du prestataire de formation</li> <li>• Formulaire de recueil de l'avis des Instances Représentatives du Personnel</li> </ul> <p>Pour la formation de la CRAM d'Ile-de-France « Animateur-formateur à la prévention des risques liés à l'activité physique (secteur santé) », transmettre également :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Attestation de formation « gestes et postures / manutention des personnes » suivie par le stagiaire ces derniers temps</li> <li>• Certificat d'aptitude au port de charges du médecin du travail (peut être transmis dans un second temps).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Convention d'action complétée et signée en double exemplaire (avec les annexes paraphées à toutes les pages)</li> <li>• Copie d'une fiche de salaire de moins de 3 mois du salarié désigné Animateur-Prévention TMS</li> <li>• Copie du Document Unique</li> <li>• Attestation de formation de l'Animateur-Prévention TMS (certificat de compétences et/ou diplôme)</li> <li>• Feuilles d'émargement des formations internes réalisées</li> </ul>

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Nom et qualité du signataire \_\_\_\_\_

Signature et  
cachet de l'établissement

**Le dossier ne sera recevable que s'il est complet, daté et signé.**

**Dossier complet à retourner à :  
Association OETH  
47 rue Eugène Oudiné – 75013 PARIS  
Tél : 01 40 60 58 58 – Fax : 01 40 60 58 64**

Etablissement : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : [ ][ ][ ][ ][ ][ ] Ville : \_\_\_\_\_

**Les membres du :**

CE

CHSCT

DP

Donnent un avis favorable à :

_____
_____
_____
_____

**Nom et qualité des signataires :**

_____
_____
Signature

_____
_____
Signature

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_