



# MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE DE VOTRE FORMATION

## 1

### AGEFICE

#### CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE

- ✔ Vous allez devenir chef d'entreprise, conjoint-collaborateur ou associé d'une SNC.
- ✔ Vous n'avez pas épuisé votre crédit à la formation.
- ✔ Vous ne serez pas inscrit au Répertoire des Métiers.
- ✔ Vous n'avez pas fait d'autres demandes de prise en charge.

#### DOCUMENTS À NOUS RETOURNER IMPÉRATIVEMENT AVANT LA FORMATION

- Votre devis signé accompagné de votre règlement
- La demande préalable d'une action de formation remplie, datée et signée
- La copie de votre pièce d'identité lisible et en cours de validité (Carte Nationale d'Identité **Recto/Verso** ou Passeport).

*La demande préalable doit impérativement nous parvenir au plus tard 10 jours avant la formation sous peine de refus par l'agefice*

#### CONDITIONS DE REMBOURSEMENT

#### *Documents à nous retourner impérativement dans les 4 mois qui suivent votre formation*

- Votre attestation d'affiliation délivrée par l'URSSAF + la copie écran de vos « Informations Professionnelles » mentionnant votre groupe professionnel *Commerçant*, que vous trouverez sur le site **www.urssaf.fr**.
- Votre extrait K-BIS de moins de 3 mois.
- L'attestation de signature du Contrat de gérance, délivrée par les Douanes.

## 2

### PÔLE EMPLOI

#### CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE

Contactez votre conseiller Pôle Emploi pour valider votre projet professionnel. Nous vous établirons un devis dématérialisé à partir de KAIROS et vous le recevrez directement sur votre espace personnel Pôle Emploi.



# COMMENT COMPLÉTER VOTRE DEMANDE PRÉALABLE CI-JOINTE ?

**PENSEZ À BIEN VÉRIFIER ET COMPLÉTER LES CHAMPS INDIQUÉS EN JAUNE**

ACCOMPAGNER  
GÉRER  
FINANCER  
**AGEFICE** www.agefice.fr

**DEMANDE PRÉALABLE DE FINANCEMENT D'UNE ACTION DE FORMATION**

**1. POINT D'ACCUEIL (EN CHARGE DE LA CONSTITUTION ET DU SUIVI DE LA DEMANDE)**

Nom du Point d'accueil \_\_\_\_\_ N° de Point d'accueil \_\_\_\_\_  
 Interlocuteur \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_  
 Code Postal \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_  
 Tél. \_\_\_\_\_

**À compléter en autant d'exemplaires que de participants.**

① L'ensemble des procédures, critères, plafonds financiers et pièces à joindre sont consultables sur le site de l'AGEFICE (www.agefice.fr).  
 ② L'ensemble des champs ci-dessous doivent être renseignés. Dans le cas contraire, la demande ne pourra être examinée.  
 ③ Les demandeurs sont informés que l'AGEFICE est amenée à effectuer des contrôles de la qualité (sur pièces ou sur site) et de la réalité effective de la formation auprès de l'organisme de formation, de l'entreprise et des bénéficiaires et se réserve le droit de suspendre les paiements en cas de non-conformité.

**2. ENTREPRISE**

Nom de l'entreprise \_\_\_\_\_  
 Nom commercial \_\_\_\_\_ N° SIRET \_\_\_\_\_  
 Code APE (NAF) \_\_\_\_\_ Forme juridique<sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
 Activité principale exercée \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_  
 Code Postal \_\_\_\_\_

**3. PARTICIPANT À LA FORMATION<sup>2</sup>**

M.  Mme / Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
 Nom de naissance \_\_\_\_\_  
 Date de naissance (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_\_  
 N° de Sécurité Sociale \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_  
 Tél. \_\_\_\_\_  
 Niveau du dernier diplôme obtenu<sup>3</sup>  Moins d'1 an  Entre 1 et 3 ans  Entre 4 et 10 ans  Plus de 10 ans  
 Dirigeant d'entreprise depuis \_\_\_\_\_

**4. ORGANISME DE FORMATION**

Raison sociale \_\_\_\_\_ N° SIRET \_\_\_\_\_  
 N° de déclaration d'activité \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_  
 Code Postal \_\_\_\_\_  
 Responsable \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
 M.  Mme / Nom \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_  
 Tél. \_\_\_\_\_  
 Contact \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
 M.  Mme / Nom \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_  
 Tél. \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Entreprise individuelle / EI / EIRL / SARL / microentreprise / SAS / SASU / SA / ...  
<sup>2</sup> Etablir autant d'exemplaires que de participants  
<sup>3</sup> Bac+5 : Sup. à la maîtrise / Bac+3 : Licence ou maîtrise / Bac+2 : BTS-DUT-DEUG / Bac-Bac pro-BT-BP / BEP-CAP / Fin de scolarité obligatoire

**ORIGINAL  
COMPLÉTÉ  
À RETOURNER  
AVANT  
LA FORMATION**

**IN DE FORMATION**

entreprise doit respecter les critères de procédure, qui concernent : justificatifs à produire à l'occasion de cette demande. Celle-ci doit être par voie électronique au siège de l'AGEFICE 15 jours avant le début de cette dernière).

part des services de l'AGEFICE, avec le cas échéant, demande de si ceux-ci semblent nécessaires.

es justificatifs indispensables à la mise en paiement, lorsque le ment être effectuée dans les quatre (4) mois qui suivent la fin

es demandes de financement, le respect des délais de traitementaires et le versement efficace et effectif des fonds au titre du

Hoppe fixe : le remboursement se fait sur frais réels selon les ment. Les accords de financement sont notifiés au regard des réserve le droit de dénoncer ces accords s'il s'avère que les es.

glaire à l'initiative de la demande de financement d'action de en charge de l'AGEFICE des documents qui lui sont remis par

ment rectificatif ne sera pris en compte.

**du droit au remboursement de sa ou ses action(s) de formation.**

**(statif)**

stant de l'organisme de formation qui dispense l'action de utes les démarches nécessaires à la constitution et au suivi

ette demande, j'atteste avoir pris connaissance des critères GEFICE (www.agefice.fr) à la date de signature du présent n autre OPCO, Fonds d'Assurance Formation ou financeurs as paiements en cas de non-conformité et d'initier toutes es procédures, y compris juridictionnelles, en cas de fausses déclarations ou justificatifs mensongers.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Nom prénom et signature du demandeur \_\_\_\_\_

Nom, prénom, qualité au sein de l'organisme de formation et signature du représentant de l'organisme de formation (exigée uniquement en cas de mandat)

**En cas de mandat, ces signatures valent bon pour mandat et bon pour acceptation de mandat**



# LES DOCUMENTS À FOURNIR

**IMPERATIVEMENT DANS LES 4 MOIS QUI SUIVENT VOTRE FORMATION**

  
Liberté - Égalité - Fraternité  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DIRECTION RÉGIONALE DES DOUANES  
ET DROITS INDIRECTS DE BRETAGNE  
8 Cours des Allées  
BP 40433  
35004 RENNES CEDEX  
Site Internet : www.douane.jour.f

Rennes, le 17/08/2020

Affaire suivie par :  
Téléphone : 09 70 27 48 02  
Mél :  
Mél service : tabacs-bretagne@douane.finances.gouv.fr  
Ref :

**ATTESTATION DE SIGNATURE  
D'UN CONTRAT DE GÉRANCE  
D'UN DÉBIT DE TABAC**

Monsieur \_\_\_\_\_, qualité de gérant,

Exploitant individuel  
 Associé majoritaire de la SNC

né le \_\_\_\_\_ septembre 1966 à CHINON (37), a signé un contrat de gérance pour l'exploitation, à compter du 14 Août 2020, du débit de tabac n° \_\_\_\_\_, avec le n° d'ordre 13.

Le présent document permet l'approvisionnement en tabac auprès des fournisseurs agréés.

Fait pour valoir ce que de droit à Rennes, le 17/08/2020

Pour le chef du Pôle Action Économique,  


Attestation de signature du Contrat de gérance, délivrée par les Douanes

Greffé du Tribunal de Commerce de Tours  
12 RUE BERTHELOT  
37041 TOURS CEDEX  
N° de gestion 2020B00596

Code de vérification : HR7cN0uq2  
<https://www.infogreffe.fr/controle>



**Extrait Kbis**

**EXTRAIT D'IMMATRICULATION PRINCIPALE AU REGISTRE DU COMMERCE ET DES SOCIÉTÉS**  
à jour au 29 septembre 2020

**IDENTIFICATION DE LA PERSONNE MORALE**

Immatriculation au RCS, numéro \_\_\_\_\_  
Date d'immatriculation 28/05/2020

Dénomination ou raison sociale \_\_\_\_\_  
Forme juridique Société en nom collectif  
Capital social 15 000,00 Euros

Adresse du siège \_\_\_\_\_  
Activités principales L'exploitation de tous fonds de commerce de débit de boissons (licence IV), bar, tabac, pmu, loto et jeux de la Française des Jeux, bimbeloterie, brasserie ainsi que les activités annexes et notamment l'exploitation d'un fonds de commerce situé \_\_\_\_\_, auquel est associé la gérance d'un débit de tabac exploité dans le même local

Durée de la personne morale \_\_\_\_\_  
Date de clôture de l'exercice social 30 juin  
Date de clôture du 1er exercice social 30/06/2021

**GESTION, DIRECTION, ADMINISTRATION, CONTRÔLE, ASSOCIÉS OU MEMBRES**

**Gérant - Associé en nom**  
Nom, prénoms \_\_\_\_\_  
Date et lieu de naissance Le 18/09/ \_\_\_\_\_  
Nationalité Française  
Domicile personnel \_\_\_\_\_

**Gérant - Associé en nom**  
Nom, prénoms \_\_\_\_\_  
Nom d'usage \_\_\_\_\_  
Date et lieu de naissance Le 17/07/ \_\_\_\_\_  
Nationalité Française  
Domicile personnel \_\_\_\_\_

**IMMATRICULATION HORS RESSORT**

R.C.S. Lorient Etablissement principal

Le Greffier  
  
FIN DE L'EXTRAIT

Extrait K-BIS de moins de 3 mois

Mes cotisations    Mon profil    Actualités

**Données personnelles**

Número de sécurité sociale : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

**Informations professionnelles**

Profession : Commerçant  
Etat du Compte : En activité depuis le \_\_\_\_\_  
Périodicité de paiement : \_\_\_\_\_  
Adresse pour la correspondance : \_\_\_\_\_  
Adresse professionnelle : \_\_\_\_\_

**Liste des établissements**

Siret	Activité	Communes
_____	_____	_____

Copie écran de vos informations professionnelles

**URSSAF**    **ATTESTATION D'AFFILIATION**

ADIJON, le 18 Octobre 2021

**VOTRE CONTACT**  
Tél : 3698 - tarif local  
Courriel : \_\_\_\_\_

**VOS RÉFÉRENCES**  
N° Sécurité Sociale \_\_\_\_\_  
Rappeler ce numéro de Sécurité sociale pour toute correspondance  
N° SIRET \_\_\_\_\_  
N° TI \_\_\_\_\_  
Page 1 / 1

Monsieur,  
Je certifie que :  
MR \_\_\_\_\_  
est affilié en tant que Travailleur indépendant à l'URSSAF depuis le 02/07/2021.

Ce document n'a pas valeur d'attestation de fourniture des déclarations et de paiement des cotisations.  
La présente est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Le directeur responsable du recouvrement

Code RND : \_\_\_\_\_

Attestation d'affiliation délivrée par l'urssaf