

## Action Aide à formations courtes

### **Objectif**

Il est essentiel que les animateurs approfondissent et étendent leurs compétences en suivant régulièrement des formations.

Pour faciliter le suivi des formations, le CODEP s'engage à compenser (dans une certaine limite) les salaires perdus suite au suivi de la formation.

Cette proposition concerne :

- le suivi des formations courtes (au plus 5 jours) organisées par un COREG EPGV,
- les animateurs licenciés sur le 92 et exerçant dans au moins une association GV du 92
- les salaires versés par des associations GV (du département ou non)

L'aide compense les salaires nets d'impôt non perçus suite au suivi de la formation. Elle sera versée sous forme de bons cadeau (Auchan ou Monoprix).

L'aide est limitée à :

- 4 h compensées par jour
- Chaque heure au montant net maximum de 30 €

L'aide se fera au vu des justificatifs fournis : bulletin de salaire, planning des associations montrant les cours assurés par l'animateur/animatrice.

L'animateur/animatrice demandeur remplira la fiche ci-après.

Les demandes seront satisfaites dans l'ordre de réception. L'aide sera versée au vu de la réception de l'attestation de suivi de la formation, dans la limite du budget alloué à cette action.

**DEMANDE D'AIDE A LA FORMATION  
A REMPLIR PAR L'ANIMATEUR / L'ANIMATRICE**

NOM

PRENOM

N° LICENCE

**FORMATION SUIVIE**

TITRE

PERIODE

**SALAIRES PERDUS. Donner les informations par employeur**

**Employeur 1**

Nom employeur

Ville

Détail des heures perdues pour cet employeur (donner le détail par jour de formation)

Justificatifs

Bulletin de salaire

Planning association

**Employeur 2**

Nom employeur

Ville

Détail des heures perdues pour cet employeur (donner le détail par jour de formation)

Justificatifs

Bulletin de salaire

Planning association

Je sous-signé(e) .....

Certifie l'exactitude des informations ci-dessus.

DATE

SIGNATURE

**DEMANDE D'AIDE A LA FORMATION Page de suite**

NOM

PRENOM

**Employeur 3**

Nom employeur

Ville

Détail des heures perdues pour cet employeur (donner le détail par jour de formation)

Justificatifs

Bulletin de salaire

Planning association

**Employeur 4**

Nom employeur

Ville

Détail des heures perdues pour cet employeur (donner le détail par jour de formation)

Justificatifs

Bulletin de salaire

Planning association

**Employeur 5**

Nom employeur

Ville

Détail des heures perdues pour cet employeur (donner le détail par jour de formation)

Justificatifs

Bulletin de salaire

Planning association

Je sous-signé(e) .....

Certifie l'exactitude des informations ci-dessus.

DATE

SIGNATURE