

NOM DE NAISSANCE :

Prénom :

Dossier ROMEO

ATTENTION TRES IMPORTANT : Tous champs non renseignés, non datés, non signés sur le dossier CERFA et sur les autres documents et/ou tous justificatifs manquants, VOTRE DOSSIER SERA REFUSE.

ANNEXE 1 : PIECES JUSTIFICATIVES AU DOSSIER DE REMUNERATION (RS1)



DOSSIER DE REMUNERATION ET PROTECTION SOCIALE POUR L'ENSEMBLE DES STAGIAIRES (hors personnes détenues) PIECES JUSTIFICATIVES INDISPENSABLES (pour un barème minimum)

Tous les dossiers ne comprenant pas les éléments de cet encart ne pourront être validés.

- ☐ **CERFA RS1***, demande d'admission au bénéfice des rémunérations des stagiaires de la formation professionnelle (daté, tamponné et signé par le stagiaire et l'OF)
- ☐ Copie (recto-verso) de la **carte nationale d'identité** ou du passeport **en cours de validité** (Français ou citoyens européens), ou un certificat de nationalité ou la copie du récépissé de dépôt de nouvelle demande de carte d'identité en Mairie
- ☐ Pour les ressortissants étrangers, le **titre de séjour** (ou un récépissé de demande de renouvellement de titre mentionnant l'autorisation à travailler en France ou un visa type VLS-TS : Visa Long Séjour -Titre de Séjour) **en cours de validité autorisant à travailler en France**. Pour les mineurs non accompagnés, fournir une attestation de suivi et accompagnement ASE
- ☐ Pour les **jeunes de moins de 18 ans non émancipés** : autorisation parentale
- ☐ **RIB portant le nom et le prénom du bénéficiaire** et le nom de l'établissement bancaire / pour les comptes bancaires en ligne (attestation sur l'honneur + justificatif d'activation de compte d'une banque en ligne) (Les RIB de compte d'épargne ne sont pas acceptés)
- ☐ **Attestation à jour de protection sociale** au nom du stagiaire si la personne est déjà immatriculée (copie de la carte vitale et courrier accompagnant non valable), si la personne n'est pas immatriculée en son nom propre, le centre de formation doit faire la demande d'immatriculation auprès de la CPAM* et la joindre au dossier
- ☐ **Notification de rejet** au titre de l'Allocation Retour à l'Emploi (ARE) / de l'Allocation de Sécurisation Professionnelle (ASP) ou de **fin de droit France Travail** ou de l'employeur public **datant de moins de 3 mois**. Dans le cas où le stagiaire n'est pas inscrit à France Travail, fournir une attestation sur l'honneur d'absence de droits à une allocation*

CONSIGNES A RESPECTER :

- Faire des photocopies uniquement en recto (**pas de recto-verso**)
- Ne pas joindre vos documents originaux
- Ne pas agraffer
- **Ecrire lisiblement** sur tous les documents
- Vérifier que vous avez correctement complété, daté et signé le dossier CERFA (écriture lisible, signature, etc...) car ce **document sera transmis à la Région**
- **Classer les pièces justificatives dans l'ordre indiqué**

- Mettre obligatoirement cette feuille dans votre dossier

➡ SELON LA SITUATION DES STAGIAIRES PIECES COMPLEMENTAIRES A TRANSMETTRE

CONDITIONS PARTICULIERES LIEES A LA SITUATION FAMILIALE

Stagiaires ayant eu au moins 3 enfants

- Copie du livret de famille et justificatif CAF datant de moins d'un mois à l'entrée en formation.

Stagiaires vivant et assumant seuls(es) la charge d'un ou plusieurs enfants de moins de 21 ans

- « Attestation de paiement » CAF ou copie d'écran de l'espace personnel CAF précisant la situation et la composition familiale de l'allocataire, **datant de moins d'un mois à l'entrée en formation.**

Stagiaires divorcés(es), veufs(ves), séparés(es) judiciairement depuis moins de 3 ans

- Jugement de divorce, ordonnance de séparation ou attestation d'un avocat
- Livret de famille pour les personnes veuves

Femmes en état de grossesse

- Déclaration de grossesse
- Certificats médicaux relatifs aux examens prénataux prévus par la loi

* Formulaire disponible dans l'espace documentaire de ROMEO

ACTIVITE PROFESSIONNELLE ANTERIEURE

Stagiaires ayant eu une activité professionnelle antérieure

- Bulletins de salaire de la période considérée, la plus récente, justifiant 910 heures de travail sur 12 mois ou de 1 820 heures sur 24 mois, de date à date

Travailleurs non salariés

- Extrait Kbis, avis de situation INSEE ou tout document justifiant d'une activité non salariée durant 12 mois, dont 6 mois consécutifs, dans les 3 ans qui précèdent l'entrée en formation et relevés URSSAF

Personnes percevant l'Allocation Spécifique de Solidarité (ASS) ou Allocation Temporaire d'Attente (ATA)

- Attestation des droits à l'ASS ou l'ATA,
- Attestation Kairos d'inscription en formation
- Attestation sur l'honneur d'information de l'employeur public du choix d'option pour la rémunération de la Région

HANDICAP

Personnes reconnues travailleurs handicapés

- Attestation Kairos d'inscription en formation
- Attestation RQTH valide ou une demande de renouvellement lors de la constitution du dossier pour les formations < à 6 mois, et avant la fin de la reconnaissance pour les formations > à 6 mois.
- Ou Attestation OETH (décision relative à l'attribution de la carte mobilité inclusion portant la mention invalidité ou de l'Allocation Adultes Handicapés, comportant une mention expresse précisant que son détenteur est bénéficiaire de l'OETH)
- Ou attestation délivrée aux autres bénéficiaires de l'OETH (titulaires d'une pension d'invalidité, victimes d'accidents du travail...).
- Ou pour les jeunes de 15 à 20 ans : attestation de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, attestation de la prestation de compensation du handicap ou disposant d'un projet personnalisé de scolarisation

Stagiaires en Etablissements et Services de Préorientation et de Réadaptation Professionnelle (ESPO et ESRP)

- Attestation sur l'honneur du stagiaire de non-perception* ou de suspension de l'indemnisation de France Travail pendant la durée de la formation,
- Attestation tamponnée et signée de la Caisse de Sécurité Sociale précisant le montant des indemnités journalières* perçues durant la formation le cas échéant

FORMATIONS SANITAIRES ET SOCIALES

Formations d'une durée ≤ 1 an :

- Pour les moins de 30 ans, attestation de sortie de formation initiale supérieure à un an signée par le stagiaire*

* = Attestation d'engagement du stagiaire

Formations d'une durée ≥ 1an :

- Récapitulatif de l'activité professionnelle antérieure accompagné de la copie des bulletins de salaire correspondant, justifiant de 36 mois minimum d'activité professionnelle à temps plein, soit 4761 heures

Date :

Signature :

Accusé de réception - Ministère de l'intérieur
033-200053759-20250616-lmc100004664122-DE
Acte certifié exécutoire
Envoi préfecture le 30/06/2025
Retour préfecture le 30/06/2025
Mis en ligne le 30/06/2025



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité

ORGANISME GESTIONNAIRE

DEMANDE D'ADMISSION AU BÉNÉFICE DES RÉMUNÉRATIONS DES STAGIAIRES DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE

(Code du travail - 6^e partie) **cerfa** N°11971*05

CENTRE DE FORMATION ou
PORTEUR DE PROJET visé par l'arrêté
mentionné par l'article 270 de la LFI 2021

CACHET

À REMPLIR PAR LE STAGIAIRE (Situation à l'entrée en stage)

ETAT CIVIL

M ☐ Mme ☐

Votre nom de naissance

Votre nom d'épouse ou d'époux (éventuellement)

Votre prénom

Votre date de naissance _____ à _____

Votre nationalité ☐ Française ☐ Union européenne ☐ Autre (à préciser)

**Votre domicile
habituel
avant le
stage**

numéro _____ rue ou lieu-dit _____

code postal _____ commune _____

Votre adresse électronique

S'il y a eu changement de résidence pour la durée du stage, indiquer la nouvelle adresse :

**Votre
nouvelle
adresse**

numéro _____ rue ou lieu-dit _____

code postal _____ commune _____

Votre lieu de résidence pendant le stage est à _____ Km du centre de formation.

VOTRE SITUATION FAMILIALE

• Vous êtes :

☐ célibataire ☐ marié(e) ☐ en union libre ☐ pacsé(e) ☐ veuf(ve) ☐ séparé(e) ☐ divorcé(e)

• Vous avez : enfant(s) dont _____ pour lequel (lesquels) vous assurez actuellement la charge effective et permanente.

RÉGIME DE PROTECTION SOCIALE

Votre numéro de sécurité sociale

Vous êtes affilié(e) :

☐ au régime général _____ à la caisse de : _____ département : _____

☐ au régime d'assurance maladie des exploitants agricoles en tant que : ☐ exploitant ☐ conjoint
☐ associé d'exploitation ☐ aide familial

☐ au régime des salariés agricoles en tant que : ☐ salarié d'exploitation ☐ salarié d'organisme agricole

☐ à un autre régime (précisez lequel) :

☐ Vous n'êtes pas affilié(e) à titre personnel (par exemple : ayant-droit)

MODE DE PAIEMENT SOUHAITÉ

☐ virement bancaire ☐ autre, à préciser

1 Votre situation à l'entrée du stage

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE NIVEAU DE FORMATION (cochez les cases qui correspondent à votre situation) :

Votre dernière classe suivie :

- ☐ Primaire, 6^e, 5^e, 4^e, CPA, CPPN ou CLIPA
- ☐ 3^e ou première année de CAP ou BEP
- ☐ 2^{de}, 1^{ère} de l'enseignement général ou 2^e année de CAP ou BEP
- ☐ Terminale
- ☐ 1^{ère} ou 2^e année de DEUG, DUT, BTS, école des formations sanitaires et sociales.
- ☐ Classes de 2^e ou 3^e cycle de l'enseignement supérieur

Votre diplôme le plus élevé obtenu :

- ☐ Aucun diplôme
- ☐ Certificat d'étude primaire (CEP)
- ☐ Brevet des collèges (BEPC)
- ☐ CAP ou BEP
- ☐ Baccalauréat général, technologique ou professionnel
- ☐ DEUG, DUT, BTS, ou autre diplôme de niveau Bac +2
- ☐ Diplôme de niveau Bac +3 ou plus

VOUS ÊTES BÉNÉFICIAIRE DU RSA ☐ oui ☐ non si oui, à quel titre : ☐ à titre d'allocataire ☐ à titre d'ayant-droit

VOUS AVEZ UN EMPLOI SALARIÉ ☐ non ☐ oui, à temps plein ☐ oui, à temps partiel Nombre d'heures hebdomadaires :

VOUS ÊTES SANS EMPLOI

• Inscrit à Pôle emploi ☐ oui depuis le : ☐ non

Si oui, depuis combien de temps en continu :

- ☐ moins de 6 mois ☐ 6 à 11 mois ☐ 12 à 23 mois ☐ 24 mois et plus

Situation auprès de Pôle emploi

• Vous avez un dossier de demande d'indemnisation en cours auprès de Pôle emploi ☐ oui ☐ non

• ☐ ou Vous n'êtes plus indemnisé(e) par Pôle emploi depuis la date du :
Vous avez fait l'objet d'une notification de rejet d'indemnisation par Pôle emploi à la date du :

• Vous êtes indemnisé(e) par Pôle emploi au titre de : ☐ l'allocation d'aide au retour à l'emploi
☐ l'allocation de fin de formation
☐ l'allocation de solidarité spécifique

• Vous n'avez jamais travaillé ☐ dans ce cas, reportez-vous directement p.3

2 Activités antérieures

- Vous avez exercé une activité salariée pendant une durée inférieure à 6 mois ☐
- Vous avez exercé une activité salariée pendant 6 mois au cours d'une période de 12 mois ou pendant 12 mois au cours d'une période de 24 mois ☐
- Vous effectuez un stage d'une durée supérieure à un an et vous avez exercé une activité professionnelle durant trois ans ou plus ☐
- Vous êtes un ancien agent du secteur public et vous avez exercé une activité salariée pendant 6 mois au cours d'une période de 12 mois ou pendant 12 mois au cours d'une période de 24 mois ☐

**A COMPLÉTER UNIQUEMENT :
SI VOUS ÊTES TRAVAILLEUR HANDICAPÉ OU SI VOUS AVEZ MOINS DE 26 ANS
VOTRE PARCOURS PROFESSIONNEL EN FRANCE ET/OU À L'ÉTRANGER**

• Indiquer ci-dessous en partant de la plus récente, vos activités professionnelles salariées, non salariées, de formation ou de chômage précédant l'entrée en stage :

PÉRIODE		VOTRE ACTIVITÉ	NOM DE VOTRE EMPLOYEUR (ou centre de formation / porteur de projet)	ADRESSE DE VOTRE EMPLOYEUR (ou centre de formation / porteur de projet)
du	au			

À REMPLIR PAR LE STAGIAIRE

Rubriques 3, 4, 5, 6 : à ne remplir que si vous êtes concerné(e).

3 Vous êtes à la recherche d'un emploi et appartenez à l'une de ces catégories

- ☐ Vous êtes parent d'au moins trois enfants
- ☐ Vous êtes veuf(ve), divorcé(e), séparé(e) judiciairement depuis moins de trois ans
- ☐ Vous êtes veuf(ve), divorcé(e), séparé(e), abandonné(e), célibataire et vous assumez seul(e) la charge d'au moins un enfant résidant en France
- ☐ Vous êtes une femme seule enceinte

4 Vous êtes travailleur non salarié

- ☐ agriculteur ☐ artisans ☐ profession libérale ☐ marin-pêcheur ☐ autre (précisez)

5 Vous êtes travailleur handicapé

- ☐ oui ☐ non

- Vous percevez durant le stage des indemnités journalières pour maladie versées par la CPAM ☐
- Vous avez été victime d'un accident du travail (autre qu'un accident de trajet, ou d'une maladie professionnelle) et votre contrat de travail est suspendu ☐

6 Autre situation

- Vous bénéficiez de l'aide aux agriculteurs en difficulté ☐
- Vous êtes demandeur d'asile de plus de 6 mois ou réfugié ou bénéficiaire d'une protection subsidiaire ☐
- Vous êtes dans une autre situation (précisez) : ☐

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je déclare sur l'honneur que :

- Les renseignements fournis à l'appui de la présente demande sont sincères et véritables. Par ailleurs, je suis informé(e) des dispositions de l'article 441-7 du code pénal qui prévoit « [...] qu'est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende le fait : 1° D'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts ; 2° De falsifier une attestation ou un certificat originellement sincère ; 3° De faire usage d'une attestation ou d'un certificat inexact ou falsifié. Les peines sont portées à trois ans d'emprisonnement et à 45 000 euros d'amende lorsque l'infraction est commise en vue de porter préjudice au Trésor public ou au patrimoine d'autrui ».
- J'ai été averti(e) que je devrai rembourser tout ou partie des sommes perçues en cas d'abandon de la formation sans motif légitime ou en cas d'exclusion pour faute lourde.
- Je n'ai pas déposé de demande de rémunération pour ce stage auprès d'un autre organisme payeur ou auprès de Pôle emploi, je renonce le cas échéant, à solliciter de l'allocation d'aide au retour à l'emploi - formation.
- J'ai effectué un stage de formation rémunéré par :
 - ☐ l'Etat ☐ un Conseil régional
 - ☐ Pôle emploi
 - ☐ l'Agence de services et de paiement
 - ☐ Autres (Docaposte...)

du _____ au _____ au centre de _____
ayant pour objet _____

Fait le _____ 20____

La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique à cette demande. Elle vous donne droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant. Ce traitement de données à caractère personnel est effectué par l'organisme ou l'institution qui finance votre action afin de permettre le versement, le suivi et le contrôle de votre rémunération. Il répond à une mission d'intérêt public. Toutes les informations demandées sont obligatoires pour le versement de la rémunération. Conformément au RGPD, vous disposez d'un droit d'accès, d'opposition et de rectification des données vous concernant ainsi que de limitation du traitement. En cas d'opposition au traitement, votre rémunération ne sera plus versée. Pour plus d'informations sur le traitement de vos données et sur vos droits, veuillez consulter la mention jointe.

Signature du stagiaire

RÉSERVÉ AU CENTRE DE FORMATION OU PORTEUR DE PROJET
visé par l'arrêté mentionné par l'article 270 de la Loi de finances 2021

Agrément Etat ☐ Agrément Conseil Régional ☐ Autre ☐

N° d'agrément ou de convention :

Intitulé du stage ou cycle

(doit correspondre à celui qui a fait l'objet de l'agrément de rémunération)

Spécialité de la formation (NSF)

spécialité code fonction

Nomenclature consultable à l'adresse suivante : <https://formacode.centre-info.fr/-consultation-.html>

Adresse électronique du centre

Code postal et commune du lieu de formation

Date d'ouverture

Date de fin prévue

Durée totale du stage
pour le stagiaire (en heures)

Stagiaire entré le

Date de sortie prévue

dont en entreprise

Objectif du stage : reportez-vous à la notice explicative (cochez la case concernée)

Durée hebdomadaire
(en heures)

- ☐ certification
- ☐ professionnalisation
- ☐ préparation à la qualification
- ☐ remise à niveau, maîtrise des savoirs de base, initiation
- ☐ (re) mobilisation, aide à l'élaboration de projet professionnel
- ☐ perfectionnement / élargissement des compétences
- ☐ création d'entreprise
- ☐ situations visées par l'arrêté prévu par l'article 270 de la LFI 2021

Si le stage vise une certification ou une professionnalisation, niveau de la qualification préparée

- ☐ niveau CAP - BEP (niveau 3)
- ☐ niveau Baccalauréat (niveau 4)
- ☐ niveau DEUG, DUT, BTS (niveau 5)
- ☐ niveau licence et supérieur (niveau 6)

Le directeur du centre certifie que cette demande est comprise dans les limites de l'effectif agréé au titre de la rémunération et que les mentions portées par son établissement sur le présent imprimé sont exactes.

Fait le

20

Signature du directeur du centre de formation
ou de la personne dûment habilitée

CACHET DU CENTRE OU PORTEUR
visé par l'arrêté mentionné par l'article 270 de la Loi de finances 2021

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

☐ Accord Décision de rémunération n°

à compter du

Montant

€

☐ base mensuelle

visa

à compter du

Montant

€

☐ base horaire

Indemnité transport-hébergement :

€

Codification

☐ Rejet (motif à notifier)



AUTORISATION PARENTALE

(à établir seulement pour les jeunes de moins de 18 ans non émancipés)

Je soussigné(e), Monsieur, Madame

agissant en qualité de père – mère – tuteur légal*,

autorise l'enfant

né(e) le à Département ou pays

- à présenter sa demande de rémunération et/ou de protection sociale, en tant que stagiaire de la formation professionnelle continue, conformément au Code du Travail (6ème partie, Livre IIIème),

- à percevoir, en cas de rémunération, le montant de cette aide par virement sur compte bancaire ouvert à son nom.

Fait à le

Signature du père, de la mère
ou du tuteur légal,

* Rayer les mentions inutiles

ATTESTATION D'ENGAGEMENT DU STAGIAIRE

(à joindre au dossier de demande de rémunération)

À compléter uniquement par les stagiaires entrant sur une formation sanitaire et sociale d'une durée inférieure ou égale à 1 an

CENTRE DE FORMATION :

INTITULE DE LA FORMATION :

NUMÉRO D'AGRÉMENT :

DATE D'ENTRÉE EN STAGE :

DATE DE PRISE EN CHARGE REMUNERATION : / / (si différente de la date d'entrée de stage)

DATE DE SORTIE DE STAGE : (à l'issue de la qualification, jusqu'au terme du stage)

Je soussigné(e)

atteste avoir pris connaissance que dans le cas d'un abandon ou d'un renvoi par l'organisme de formation, la Région peut me demander de rembourser la totalité des rémunérations versées depuis le début de la formation.

(Chapitre IV.3 du règlement rémunération des stagiaires de la formation professionnelle)

certifie avoir pris connaissance des modalités de règlement de ma rémunération et certifie l'exactitude des renseignements fournis à mon dossier. J'ai conscience du fait qu'une déclaration inexacte ou volontairement incomplète m'exposerait à des sanctions pénales.

atteste être sorti(e) de formation initiale⁽¹⁾ le : Jour ☐ ☐ Mois ☐ ☐ Année ☐ ☐ ☐ ☐

Préciser le type de formation initiale et le nom de l'établissement (niveau de classe, université, formation spécialisée, formation dans des établissements spécialisés, autres, etc)

.....
.....

Fait à le

SIGNATURE DU STAGIAIRE
lu et approuvé

**Attestation sur l'honneur
d'absence de droits à l'allocation chômage**

Centre de formation : _____

Intitulé de la formation : _____

Date d'entrée en formation : _____

Date de fin de formation : _____

Je soussigné(e), _____, atteste :

- ☐ ne pas percevoir d'indemnisation de France Travail ou de mon ancien employeur du secteur public,
- ☐ ne pas être éligible au titre de mon activité professionnelle antérieure au versement d'allocations chômage par France Travail ou par un ancien employeur du secteur public (pour rappel, une activité salariée de 4 mois a minima est susceptible d'ouvrir des droits au versement d'ARE).

J'atteste avoir pris connaissance que toute somme indûment perçue en cas de cumul de versements constaté lors des contrôles effectués par la Région fera l'objet d'un recouvrement.

Fait à _____, le _____

SIGNATURE DU STAGIAIRE

**Stagiaire « démissionnaire » d'un emploi à l'entrée en formation
Réexamen des droits France Travail après 4 mois**

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Rappel :

Cette attestation est à utiliser **UNIQUEMENT** pour le stagiaire AYANT DEMISSIONNE de son emploi avant son entrée en formation.

En effet, le statut de « démissionnaire » n'ouvre pas de droits à des allocations chômage France Travail. Néanmoins, au terme d'un délai de 4 mois, le stagiaire peut s'il le souhaite demander à France Travail d'examiner à nouveau sa situation.

Dans le cadre du versement de la rémunération Région, le stagiaire « démissionnaire » fournit à l'entrée en formation une attestation de rejet de France Travail. A l'issue du délai de carence de 4 mois, s'il ne souhaite pas faire réexaminer sa situation par France Travail, il convient de lui faire renseigner cette attestation et de la transmettre à la Région pour que ses droits à rémunération se poursuivent.

CENTRE DE FORMATION :	_____
INTITULE DE LA FORMATION :	_____
NUMÉRO D'AGRÉMENT :	_____
DATE D'ENTRÉE EN STAGE :	_____
DATE DE PRISE EN CHARGE REMUNERATION :	____ — — / — — (si différente de la date d'entrée de stage)
DATE DE SORTIE DE STAGE :	____ / ____ (à l'issue de la qualification, jusqu'au terme du stage)

Je soussigné(e) _____

Y **atteste ne pas faire de demande** de réexamen de mon dossier auprès de France Travail afin de percevoir d'éventuels droits à l'allocation chômage.

Y **atteste ne pas avoir fait de demande** de réexamen de mon dossier auprès de France Travail afin de percevoir d'éventuels droits à l'allocation chômage.

Y **atteste** avoir pris connaissance que toute somme indûment perçue en cas de cumul de versements constaté lors des contrôles effectués par la Région fera l'objet d'un recouvrement.

Y **certifie** avoir pris connaissance des modalités de règlement de ma rémunération et certifie l'exactitude des renseignements fournis à mon dossier. J'ai conscience du fait qu'une déclaration inexacte ou volontairement incomplète m'exposerait à des sanctions pénales.

(art. 22-II de la loi n° 68-690 du 31/07/1968)

Fait à le

SIGNATURE DU STAGIAIRE
Lu et approuvé

Hôtel de Région

14, rue François de Sourdis
CS 81383
33077 Bordeaux cedex
T.05 57 57 80 00

ATTESTATION SUR L'HONNEUR d'un particulier

Je soussigné(e)

Nom de famille :

Nom d'usage (le cas échéant) :

Prénom :

Représentant(e) légal(e) de :

☐ **Atteste que le versement doit être fait sur le RIB transmis** ⁽¹⁾

☐ **Atteste que mes coordonnées bancaires ont changé, je demande le versement sur le compte suivant (joindre impérativement le nouveau RIB)** ⁽¹⁾

Nom du titulaire du compte

Code banque	Code guichet	Numéro de compte	Clé RIB

N° IBAN

BIC

☐ **Atteste que mon adresse a changé et que mes nouvelles coordonnées sont les suivantes** ⁽¹⁾

Adresse du bénéficiaire :

Code postal : Commune.....

Adresse figurant sur le RIB (si différente) :

Code postal : Commune.....

☐ **Demande la suppression de mes précédentes coordonnées bancaires** ⁽¹⁾

Fait le A

Signature

⁽¹⁾ Cocher la case

 Décret n°2018-687 du 1^{er} août 2018 pris pour l'application de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n°2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles

Exemple de justificatif d'activation de compte d'une banque en ligne

Si ce message ne s'affiche pas correctement, veuillez cliquer [ici](#)



Bonjour [REDACTED]

Bonne nouvelle ! **Votre compte est à présent débloqué et fonctionnel.**

Vous pouvez désormais accéder à tous les produits et services Nickel notamment votre Espace Client et votre carte Nickel.

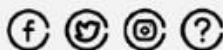
Si vous avez la moindre question, n'hésitez pas à nous contacter du lundi au vendredi de 8h30 à 19h et le samedi de 9h à 18h par téléphone au 01 76 00 00 00, via le formulaire de contact ou sur les réseaux sociaux (Facebook et Twitter).

À très bientôt,
L'équipe Nickel

Protégez-vous contre la FRAUDE

Adoptez les bons réflexes pour éviter l'usurpation de votre identité.

- **vérifiez l'adresse** des emails Nickel (commencent par compte-nickel.fr, no-reply@fr.communications.nickel.eu, sos@nickel.fr ou securite-nickel@nickel.fr)
- **ne cliquez pas sur un lien** dans un email pour vous connecter à votre espace client (Nickel ne met jamais de lien vers l'espace client dans ses emails)
- **vérifiez que la connexion à votre espace client est sécurisée** (présence d'un petit cadenas dans la barre d'adresse de votre navigateur)
- **ne donnez jamais vos codes secrets**
- vérifiez que vous parlez à un **compte officiel Nickel** sur les réseaux sociaux



Ceci est un email automatique, ne lui répondez pas, votre réponse ne sera pas reçue par nos équipes. Financière des Paiements Electroniques, Etablissement de Paiement agréé n°16598R, S.A.S. au capital de 770 440 euros - RCS CRETEIL n°753 886 092, 1, place des Marseillais - 94220 Charenton Le Pont



Les barèmes indiqués ci-dessous s'appliquent à tous les stagiaires en formation à compter du 1er avril 2025.

Situation du bénéficiaire	Barème de rémunération mensuelle (base temps plein)	Barème de rémunération mensuelle (base temps plein) FORMATIONS HSP
Personnes en recherche d'emploi : → ayant exercé une activité salariée pendant 6 mois au cours d'une période de 12 mois, ou pendant 12 mois au cours d'une période de 24 mois, → veufs(ves), divorcé(e)s, séparé(e)s ou célibataires, assumant seul(e)s la charge effective et permanente d'un ou plusieurs enfants résidant en France, → femmes seules en état de grossesse ayant effectué la déclaration et les examens prénataux prévus par la loi, → mères / pères de famille ayant eu 3 enfants au moins, → hommes / femmes divorcé(e)s, veuf(ve)s, séparé(e)s judiciairement depuis moins de 3 ans.	769,49€	954,85 €
Personnes en recherche d'emploi n'appartenant pas aux catégories ci-dessus et âgés de : → De 16 à 17 ans → De 18 à 25 ans → De 26 ans ou plus	348,68 € 561,68 € 769,49 €	449,34 € 561,68 € 769,49 €
Travailleurs non-salariés inscrits à France Travail et justifiant de plus d'un an d'activité professionnelle dans les 3 ans qui précèdent l'entrée en stage, dont 6 mois consécutifs.	783,94 €	940,38 €
Travailleurs handicapés : → ayant exercé une activité salariée pendant 6 mois au cours d'une période de 12 mois, ou pendant 12 mois au cours d'une période de 24 mois, → ne remplissant pas les conditions d'activité ci-dessus ou à la recherche d'un premier emploi	100 % du salaire antérieur (Plancher de 769,49 €/mois et Plafond de 2 170,90 €/mois) 769,49 €	100 % du salaire antérieur (Plancher de 769,49 €/mois et Plafond de 2 170,90 €/mois) 954,85 €
Stagiaires détenus (décret n° 84-331 du 3 mai 1984 modifié par le décret n° 85-848 du 6 août 1985)	2,80 €/heure	/