

ORGANISME GESTIONNAIRE

ASP HAUTS-DE-FRANCE DR  
LILLE

36 Place Vauban  
La Madeleine  
59777 LILLE

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

(Code du travail - 6<sup>e</sup> partie)  N°11971\*05

CENTRE DE FORMATION ou  
PORTEUR DE PROJET visé par l'arrêté  
mentionné par l'article 270 de la LFI2021  
SIMPLON CO  
Adresse spécifique du lieu du  
stage :  
62200 BOULOGNE-SUR-MER

CACHET

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

**ETAT CIVIL**

M ☒ Mme ☐

Votre nom de naissance VANHERZECKE

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

Votre prénom YOHANN

Votre date de naissance 31/05/1979 à CALAIS

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

**Votre domicile**

*habituel  
avant le  
stage*

numéro 1

rue ou lieu-dit APPT 5 Rue AUGUST PECRIAUX

code postal 62100 commune CALAIS

Votre adresse électronique djbk62@gmail.com

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 34 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 : 1 enfant(s) dont 1 pour lequel (lesquels) vous assurez actuellement la charge effective et permanente.

**RÉGIME DE PROTECTION SOCIALE**

Votre numéro de sécurité sociale 1790562193227 11

Vous êtes affilié(e) :

☒ au régime général à la caisse de : CALAIS

département : 062

☐ 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

POURSUIVRE PAGES SUIVANTES

## À REMPLIR PAR LE STAGIAIRE

## 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<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup>, CPA, CPPN ou CLIPA  
☐ 3<sup>e</sup> ou première année de CAP ou BEP  
☒ 2<sup>de</sup>, 1<sup>ère</sup> de l'enseignement général ou 2<sup>e</sup> année de CAP ou BEP  
☐ Terminale  
☐ 1<sup>ère</sup> ou 2<sup>e</sup> année de DEUG, DUT, BTS, école des formations sanitaires et sociales.  
☐ Classes de 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> 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-droitVOUS 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 : 13/05/2023 ☐ 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			
01/11/2021	15/09/2024	Sans activité		
01/10/2021	31/10/2021	OPERATEUR LOGISTIQUE	CRIT CALAIS	41 place d'armes 62100 CALAIS
01/09/2021	30/09/2021	OPERATEUR LOGISTIQUE	CRIT CALAIS	41 place d'armes 62100 CALAIS
01/08/2021	31/08/2021	OPERATEUR LOGISTIQUE	CRIT CALAIS	41 place d'armes 62100 CALAIS
01/07/2021	31/07/2021	OPERATEUR LOGISTIQUE	CRIT CALAIS	41 place d'armes 62100 CALAIS

**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 percevrez 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 11/09

20 24

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 : 2024930546

 Intitulé du stage ou cycle **Titre professionnel développeur web et web mobile**  
 (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 **smercadal@simplon.co**Code postal et commune du lieu de formation **62200 BOULOGNE-SUR-MER**Date d'ouverture **09/09/2024**Date de fin prévue **31/12/2025**
 Durée totale du stage **1260**  
 pour le stagiaire (en heures)
Stagiaire entré le **09/09/2024**Date de sortie prévue **06/06/2025**dont en entreprise **420**

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

 Durée hebdomadaire **30**  
 (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)

ANNEXE RS1 – Suite du rappel des activités

VANHERZECKE YOHANN (31/05/1979)

0145805900CG24002W

PERIODE		ACTIVITE	NOM EMPLOYEUR (ou centre de formation)	ADRESSE EMPLOYEUR (ou adresse centre de formation)
DU	AU			
01/06/2021	30/06/2021	OPERATEUR LOGISTIQUE	CRIT CALAIS	41 place d'armes 62100 CALAIS
01/05/2021	31/05/2021	OPERATEUR LOGISTIQUE	CRIT CALAIS	41 place d'armes 62100 CALAIS
01/01/2021	30/04/2021	Sans activité		
01/12/2020	31/12/2020	OPERATEUR LOGISTIQUE	CRIT CALAIS	41 place d'armes 62100 CALAIS

## Mention d'information sur le traitement de données à caractère personnel

(A transmettre au stagiaire)

L'Agence de Services et de Paiement (ASP) procède à un traitement de données à caractère personnel pour le compte de **la région Hauts-de-France** aux fins du versement, du contrôle et du suivi de la rémunération du stagiaire (**encadré par le Code du travail, Sixième partie, Livre III, Titre IV, Chapitre Ier, Section I**). Les données seront collectées par les organismes de formation (ou porteurs de projet visés par l'arrêté mentionné par l'article 270 de la Loi de finance 2021) et seront communiquées au seul destinataire **la région Hauts-de-France**.

**Ce traitement est réalisé sur le fondement du point e) de l'article 6.1 du Règlement (UE) 2016/679** du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (règlement général sur la protection des données, ou RGPD).

Les données personnelles sont conservées aussi longtemps qu'elles sont nécessaires à la réalisation des finalités prévues et en respect des durées fixées par le droit français (soit 10 ans maximum).

**Les informations demandées sont obligatoires pour le versement de toute prestation.**

Conformément au RGPD et à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès, d'opposition, de modification et de limitation des données vous concernant.

**En cas d'opposition au traitement, votre rémunération ne sera plus versée et/ou votre protection sociale ne sera plus assurée.**

Pour exercer vos droits ou pour toute question relative au traitement de vos données, vous pouvez contacter **la région Hauts-de-France** :

- par courrier adressé à :

Délégué à la protection des données  
Direction qualité et performance  
Région Hauts de France  
Siège de Région  
151 avenue du Président Hoover  
59555 Lille CEDEX

[www.hautsdefrance.fr/informatique-et-libertes/](http://www.hautsdefrance.fr/informatique-et-libertes/)

- par courriel à :

[dpo@hautsdefrance.fr](mailto:dpo@hautsdefrance.fr)

Les demandes d'exercices de droit devront être accompagnées de la copie d'une pièce d'identité en cours de validité.

Si vous estimez, après avoir contacté **la région Hauts-de-France**, que vos droits ne sont pas respectés ou que le traitement n'est pas conforme aux règles de protection des données personnelles, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

Vous avez accepté d'être contacté par l'ASP pour recevoir des informations relatives à la prise en charge de votre dossier et du versement de votre rémunération. Vous pouvez retirer cette autorisation à tout moment en gérant les modalités de votre compte PROFIL ou en vous adressant directement à votre organisme de formation.

- J'accepte que mon adresse électronique ([djbk62@gmail.com](mailto:djbk62@gmail.com)) soit utilisée pour recevoir des informations en rapport avec mon dossier de formation
- J'accepte que mon adresse électronique ([djbk62@gmail.com](mailto:djbk62@gmail.com)) soit utilisée pour recevoir des informations transmises par la région Hauts-de-France en lien avec l'action régionale