

Demande de Financement exceptionnel et complémentaire au plan de formation hors EP Accompagnement au Développement des Compétences*

Annexe 1

IDENTIFICATION

Nom établissement : Code établissement :

Adresse :

C.P : Ville :

CONTACT

Prénom : Nom :

Tél : Mél :

BILAN FINANCIER

Montant de l'enveloppe prévisionnelle annuelle du 83% - 2,1% Plan :

Montant pluriannuel des dossiers accordés lors des commissions Etudes Promotionnelles :

Décembre N-1 :

Juillet N :

PROJET - OBJET DE LA DEMANDE

Montant global du projet :

Montant total pris en charge sur le 83% - Plan :

Montant frais enseignement :

Montant frais déplacement :

Montant frais traitement :

Montant total complémentaire demandé à l'ANFH :

Montant frais enseignement :

Montant frais déplacement :

Montant frais traitement :

*Sous réserve de fonds mutualisés régionaux disponibles et d'acceptation par les instances régionales de l'ANFH.



