

# Complétez votre demande de prise en charge en format électronique

#### Ouvrir le PDF avec « Acrobat Reader »

#### 1. Cliquez sur « Remplir et signer »

formulaire-cfp-web_0.pdf Fichier Edition Affichage	- Adobe Acrobat Reader 2017 Fenêtre Aide		- 0 ×
Accueil Outils	formulaire-cfp-web ×	formulaire_bc_web test.pdf	
🖺 🖶 🖂 Q	13		
DE/	MAN Ngé i	IDE DE PRISE EN CHARGE	Commentaire Remplir et signer  Autres outils
PRO	OFES	SIONNELLE (CFP)	
À C	OMPLÉTE	ER PAR <b>L'AGENT</b>	
RÉSERVÉ À	L'ANFH N°CFP	N°CGR	
A01   IDE	NTITÉ (écrire en	lettres majuscules)	
NOM		PRÉNOM	
NOM DE JEL	INE FILLE	DATE DE NAISSANCE	
ADRESSE			
CODE POSTA	AL	COMMUNE	
TÉLÉPHONE	MOBILE	TÉLÉPHONE FIXE	
E-MAIL (écrire	en lettres majuscules)		Stocker et partager les fichiers dans Document Cloud
Nº SÉCURITÉ	SOCIAIE	(10 premiers chiffres)	En savoir plus Iundi 30 mars 2020
E 🔎 Taper ici pour	r rechercher	o # <u>e</u> = <b>:</b> • • <u>o</u> <u>* 0 = <u>b</u> <u>b</u></u>	へ に 40) 1231 30/03/2020 - 売

2. Complétez la page en utilisant les outils « texte, case à cocher... »

#### Saisissez les informations

🔁 formulaire-cfp-web_0.pdf - Adobe Acrobat Reader 2017 Fichier Edition Affichage Fenétre Aide							
Accueil Outils formulaire-cfp-web × formulaire_bc_web test.pdf							
À COMPLÉTER PAR <b>L'AGENT</b>							
RÉSERVÉ À L'ANFH №CFP	N°CGR						
A01   A A m frequencies (ecrire en leffres majuscules)							
	PRENOM						
NOM DE JEUNE FILLE	DATE DE NAISSANCE						
ADRESSE							
CODE POSTAL	COMMUNE						
TÉLÉPHONE MOBILE	TÉLÉPHONE FIXE						
E-MAIL (écrire en lettres majuscules)							
Nº SÉCURITÉ SOCIALE	(10 premiers chiffres)						
Co-financement FIPHFP : êtes-vous en situation de handicap ? OUI NON							
Si oui, veuillez remplir l'Attestation d'éligibilité pour les formations des agents handice	pés (merci de vous reporter à la rubrique AO9)						
	/13 🖸 😳 211% 🔹 🖪 🛱 🕺						
💜 📰 🔎 Taperici pour rechercher 🛛 🛛 🛱 🤤 🧱 🖆 🚺	- <u>ア</u> (123) ▲ <u>ア</u> (123) へ 足 (4) 30/03/2000 現						

3. Une fois la page remplie revenez au document en cliquant sur « retour au document »

il Outils formulaire-cfp-web × formulaire_bc_web test.	odf	
Remplir et signer •	[Ab X ✓ ○ — ● 🖉 Signer	
Retour au document		
Commentaire		
À ⊂∩λλριέτερ ραρ ∎	AGENT	
	AGEITI	
RÉSERVÉ À L'ANFH N°CFP	N°CGR	
A01   🔼 A 🚥 🧃 (écrire en lettres majuscul	es)	
NOM Saisir le texte ici	PRÉNOM	
NOM DE JEUNE FILLE	DATE DE NAISSANCE	
ADRESSE		
CODE POSTAL	COMMUNE	
TÉLÉPHONE MOBILE	TÉLÉPHONE FIXE	
F-MAIL (écrire en lettres majuscules)		
	(10 premiers chiffres)	
Commancement FIFTFF : etes-vous en situation de handicap Si oui, veuillez remplir l'Attestation d'éligibilité pour les form	εΟυτ ΝΟΝ ntions des agents handicapés (merci de vous reporter à la rubrique ΑΩΟ)	
or our, veolitez tempin i Anesidiron d'engibilite pour les form	anona das agenta nanaleapos (merer de voos reponer à la robrique Aov)	

### Répéter l'opération sur toutes les pages.

4. Signez le document

#### Cliquez sur « signer » - « ajouter une signature »

Q R OI	(−) (+) 208% ▼					
signer▼			[АБ Х	KO – Or Sign	ner	
us en situation de	handicap १		NON	Ajouter une	signature O	
JSSIGNÉ(E)				Ajouter de	is initiales 🚯	
de l'établissemen	t					
détenir les pièce	s justificatives oblige	atoires d'éligibilité.				
			LE			
TURE						
	signer + us en situation de ISSIGNÉ(E) de l'établissemen détenir les pièce	signer + us en situation de handicap ? ISSIGNÉ(E) de l'établissement détenir les pièces justificatives obligu TURE	signer + us en situation de handicap ? OUI USSIGNÉ(E) de l'établissement détenir les pièces justificatives obligatoires d'éligibilité. TURE	signer * JAb X Jab X	signer * JAb X O - C Signer *	signer *   jAb X     is en situation de handicap ?     OUI     NON     Ajouter une signature     Isseement     Idétenir les pièces justificatives obligatoires d'éligibilité.     ILE     TURE

personnes en situation de handicap dans la fonction publique. L'agent tient à disposition de l'ANFH, les pièces justificatives attestant de son apparlenance à l'u catégories de bénéficiaires mentionnées ci-dessous. En cas de contrôle, nous serions amenés à vous demander les pièces justifiant de votre situation.

# 5. Signez en choisissant « Tracé »

🛃 formi Fichier	ulaire-dg-web_Dpdf Adobs Acrobat Reader 2017 Edition Affichage Fenetre Aide	- 0	×
Accu	iell Outils formulaire-cfp-web × formulaire_bc_web × formulaire_bc_web		
la.	Remplir et signer * 🛛 🗛 X 🗸 🔿 — • 🖉 Signer		×
	Êtesvous en situation de handicap ?		
	JE SOUSSIGNÉ(E)		
	Agent de l'établissement LA NOTIFICAT		
	Atteste déter		E.
	EAIT Á		
	SIGNATURE		
	2 3 3		
	Bénéficiaire : personnes en catégories d		
	LISTE DES		
	Les travai l'article L	onnées à	
	Les victimes d'accident du travail ou de maladies professionnelles ayant entrainé une incapacité permanente au moins égal à 10p-1	00 et	
	μ) Taperici pour rechercher O 🛱 😧 📄 🏦 😭 😭 🕵 🔟 💻 🔼 🚨	(⊑ 40) 12:55	<b>R</b> 2

# 6. Cliquez sur « Appliquer »

formulaire-cfp-web_0.pdf - Adobe Acrobat R Fichier Edition Affichage Fenètre Aide	Reader 2017	- ø ×
Accueil Outils formulaire-cfp	5-web × formulaire_bc.web test.pdf	
Remplir et signer •	jAb X ✓ ○ — ● Ø <sub>x</sub> Signer	×
Êtes-vous en situation o	le handicap ? OUI NON	
JE SOUSSIGNÉ(E)		JOINDRE UNE COPIE DE
Agent de l'établisseme	ent .	LA NOTIFICATION DE
Atteste déter	Taper Tracer Image	IPHEP *
FAIT À		
SIGNATURE		
		Effacer
Bénéficiaire e personnes en catégories de		
	egistrer la signature	
Les travai l'article L	Annule	onnées à
Les victimes d'ac	acident du travail ou de maladies professionnelle: © © travel © © travel	oins égal à 10p 100 et
Taper ici pour rechercher	o # e = f 😪 💿 🤹 🗉 = 🖪 🗷 🔳	个 型 (10) 30/03/2020

## 7. Placez la signature à l'endroit souhaité

Stormulaire-dg-web_0.pdf - Adobe Acrobat Reader 2017 Fichier Edition Affichage Fenetre Aide	- ø ×
Accueil Outils formulaire-dp-web X formulaire_bc_web test.pdf	
<i>A</i> Remplir et signer <i>A</i> Bernplir et signer <i>A</i> Bernplir et signer <i>A</i> Bernplir et signer <i>A</i> Bernplir et signer	×
Êtesvous en situation de handicap ?	
JE SOUSSIGNÉ(E)	
Agent de l'établissement	LA NOTIFICATION DE
Atteste détenir les pièces justificatives obligatoires d'éligibilité.	CADRE DU FIPHFP
FAIT À LE	
SIGNATURE	
Rénéficioire du fonze-ement de l'action de formation liée à la reconversion conformément au décret n°2006-501 du 3 mai 2006 relatif au londe pour l'insertion des	
personnes en situation de handicap dans la fonction publique. L'agent tient à disposition de l'ANFH, les pièces justificatives attestant de son apparlenance à l'une des catégories de bénéficiaires mentionnées ci-dessous. En cas de contrôle, nous serions amenés à vous demander les pièces justifiant de votre situation.	
LISTE DES BENEFICIAIRES ELIGIBLES AU CO-FINANCEMENT FIPHFP/ANFH DES ACTIONS DE FORMATION	
Les travailleurs, reconnus handicapés par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes en situation de ha l'article L.146-9 du code de l'action sociale et des familles.	andicap mentionnées à
Les victimes d'accident du travail ou de maladies professionnelles ayant entrainé une incapacité permanente au moins	s égal à 10p 100 et
ander en la companya de la companya	gatoire. ×
4 🔎 Taper ici pour rechercher 🔹 🔍 🗮 😌 📷 🏦 😭 🎯 🍓 🔟 💻 🛄 💆 💶	へ (日 40) 13:00 <b>「</b> 2

## 8. Revenez au document en cliquant sur « retour au document »

🔁 formulaire-cfp-web_0.pd	lf - Adobe Acrobat Reader 2017				
Fichier Edition Affichage	Fenêtre Aide				
Accueil Outils	formulaire-cfp-web ×	formulaire_bc_web	test.pdf		
🖺 🖶 🖂 Q		208% -	$\downarrow$		
💪 Remplir et sig	jner •			[Ab X ✓ C	) — • 🔗 Signer
🕞 Retour au docum	ent 🔺				
🥟 Commentaire					
À	COMPLÉ	TER PAR	L' AG	ENT	

9. Enregistrez votre document.