

# LE CONGÉ DE FORMATION PROFESSIONNELLE (CFP)

DEMANDE DE  
PRISE EN CHARGE



# À LIRE AVANT DE REMPLIR LA DEMANDE DE FINANCEMENT D'UN CFP

La demande de prise en charge est constituée de 3 volets :

**VOLET A** à remplir par l'agent

**VOLET B** à remplir par l'établissement employeur

**VOLET C** à remplir par l'organisme de formation

Les 3 volets, dûment remplis doivent parvenir à la délégation régionale ANFH chargée de l'instruction du dossier **sous pli recommandé avec accusé de réception**.

Tous les renseignements demandés sont indispensables, pour favoriser l'accord de financement, il importe de le remplir avec soin.

Un dossier incomplet ne sera pas instruit par le comité chargé d'attribuer les financements.

Pour connaître les dates de réunions du Comité de gestion régional (CGR) et la politique régionale, consulter le site de la délégation régionale ANFH (voir au verso).

Le CGR dispose de 60 jours pour communiquer une réponse.

À noter :

→ Le dépôt d'une demande de prise en charge CFP n'implique pas son acceptation.

→ Il faut compter un délai d'environ 6 mois entre la constitution d'un dossier de CFP et la décision du Comité de gestion régional (CGR) de l'ANFH.

Pour toute question, n'hésitez pas à contacter le conseiller en dispositifs individuels de votre délégation régionale ANFH.

[www.anfh.fr/le-conge-de-formation-professionnel-cfp](http://www.anfh.fr/le-conge-de-formation-professionnel-cfp)

Le CFP permet aux agents de réaliser un projet personnel de formation en vue d'une reconversion, ou d'accéder à un niveau supérieur de qualification ou d'acquérir de nouvelles compétences professionnelles.

Le CFP permet à l'initiative de l'agent de partir en formation.

## LES CONDITIONS D'ACCÈS

Pour prétendre à un CFP, l'agent doit :

**Etre en position d'activité.**

**Justifier de 3 années de services d'ancienneté** dans la fonction publique hospitalière.

**Choisir une action de formation** dispensée par un organisme inscrit sur la liste publique des organismes de formation.



À COMPLÉTER PAR L'AGENT

# LE CONGÉ DE FORMATION PROFESSIONNELLE (CFP)

## DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

RÉSERVÉ À L'ANFH

N°CFP

N°CGR

### A 01 | IDENTITÉ (écrire en lettres capitales)

NOM  PRÉNOM

NOM DE JEUNE FILLE  DATE DE NAISSANCE

ADRESSE

CODE POSTAL  COMMUNE

TÉL. PROFESSIONNEL  POSTE  TÉL. PERSONNEL

E-MAIL

N° SÉCURITÉ SOCIALE  (10 premiers chiffres)

Cofinancement FIPHFP : êtes-vous en situation de handicap?  OUI  NON  
 Si oui, veuillez remplir l'Attestation d'éligibilité pour les formations des agents handicapés (merci de vous reporter à la rubrique A09)

### A 02 | SITUATION PROFESSIONNELLE

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR

GRADE  FONCTION  SERVICE

Avez-vous déjà bénéficié d'un ou plusieurs CFP indemnisés ou non indemnisés avant cette demande?  OUI  NON

INTITULÉ DES FORMATIONS DÉJÀ SUIVIES EN CFP (y compris Bilan de compétences et VAE)	NB DE JOURS	ANNÉE	INDEMNISÉ (oui / non)	NON INDEMNISÉ (oui / non)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### A 03 | DIPLÔMES OBTENUS

Entourez les diplômes obtenus	INDIQUEZ LES SPÉCIALITÉS	SPÉCIALITÉS
I MASTER 2 DOCTORAT – INGÉNIEUR		IV BP – BAC – BT
II LICENCE – MASTER 1		V BEP – CAP – CFPA
III BTS – DUT – DEUST		VI FIN DE SCOLARITÉ

INTITULÉ DU (DES) DIPLÔME(S) OBTENU(S)

Spécifique aux professions de santé, secteur sanitaire ou social

### A 04 | FORMATION DEMANDÉE : JOINDRE LE PROGRAMME DÉTAILLÉ

INTITULÉ

ORGANISME DE FORMATION



## A07 | FRAIS DE TRANSPORT, D'HÉBERGEMENT ET DE RESTAURATION

- Le droit est ouvert lorsque la formation se déroule hors de la commune du lieu de la résidence administrative ou hors de celle de la résidence familiale. Sont considérées comme constituant une seule et même commune, les communes faisant partie d'une même agglomération urbaine multi communale. Ce droit est ouvert seulement pendant la période indemnisée.
- La prise en charge de ces frais n'est pas systématique et est laissée à l'appréciation du Comité de Gestion Régional.

### TRANSPORT

LIEU DE DÉPART	LIEU D'ARRIVÉE
NOMBRE D'ALLER-RETOUR ENVISAGÉ PENDANT LA PÉRIODE INDEMNISÉE	
<input type="checkbox"/> SNCF (2 <sup>e</sup> CLASSE) : COÛT DU BILLET ALLER-RETOUR PLEIN TARIF	€
SI ABONNEMENT, PRÉCISER LE COÛT :	
<input type="checkbox"/> ABONNEMENT HEBDOMADAIRE	€
<input type="checkbox"/> ABONNEMENT MENSUEL	€
<input type="checkbox"/> AUTRES (À PRÉCISER)	
VÉHICULE PERSONNEL NOMBRE DE KMS POUR UN ALLER-RETOUR (Attention : le remboursement se fait sur la base du tarif kilométrique SNCF 2 <sup>e</sup> classe)	km

**REMARQUE IMPORTANTE** Si vous êtes contraint, faute de transport en commun, d'utiliser votre véhicule personnel, il vous appartient de faire établir, un ordre de mission à la direction de votre établissement, précisant les périodes de déplacement et une attestation d'assurance garantissant d'une manière illimitée, votre responsabilité personnelle, ou bien une attestation par laquelle vous reconnaissez être votre propre assureur (cf art. 33 du décret n° 92-566 du 25/05/92).

### HÉBERGEMENT

CETTE FORMATION NÉCESSITE-T-ELLE UN HÉBERGEMENT SUR LE LIEU DE FORMATION ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui, indiquer la forme envisagée :		
<input type="checkbox"/> EN CENTRE D'HÉBERGEMENT (FONCTIONNANT SOUS LE CONTRÔLE DE L'ADMINISTRATION)		
<input type="checkbox"/> HORS CENTRE D'HÉBERGEMENT (HÔTEL, GÎTES...)	NB DE NUITÉES	COÛT DE LA NUITÉE
<input type="checkbox"/> LOCATION (EN CAS DE DOUBLE RÉSIDENCE)	NB DE MOIS	MONTANT DU LOYER MENSUEL

### RESTAURATION

<input type="checkbox"/> MIDI	NB DE REPAS	<input type="checkbox"/> SOIR	NB DE REPAS
Avez-vous la possibilité de prendre vos repas dans un restaurant administratif ou universitaire ?			
<input type="checkbox"/> OUI (MIDI SEULEMENT /MIDI ET SOIR)	<input type="checkbox"/> NON		
COÛT DU REPAS DANS CE RESTAURANT ADMINISTRATIF			€
SINON, TARIF À PRENDRE EN COMPTE (PLAFONNÉ SELON RÈGLE FONCTION PUBLIQUE)			€

## A08 | COÛT DE LA FORMATION (la prise en charge des frais liés à la formation n'est pas systématique)

Dans l'éventualité d'un accord, il vous appartiendra de signer avec l'organisme de formation la convention de formation professionnelle. Celle-ci vous engage personnellement à son égard.

COÛT TOTAL DE LA FORMATION	(voir feuillet organisme de formation C9)
FRAIS ANNEXES (SUR JUSTIFICATIFS) Cette prise en charge n'est pas systématique et est laissée à l'appréciation du Comité de gestion régional (CGR) de la délégation ANFH.	
PRÉCISER LA NATURE ET LE COÛT :	

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations portées sur la présente demande. Toute fausse déclaration entrainera systématiquement la nullité de l'éventuelle décision de financement et impliquera le remboursement de toutes les sommes versées par l'ANFH. Je m'engage, en outre, à tenir l'ANFH informée de tous changements qui interviendraient dans le financement de ma formation, dans ma situation administrative et dans mon adresse.

FAIT À	LE
SIGNATURE	

L'intéressé(e) a fourni librement ces informations. Il peut y accéder et les faire rectifier. L'ANFH s'engage à les protéger contre toute divulgation n'ayant pas fait l'objet d'une autorisation (art 27 et 29 – loi du 6/01/78 informatique et libertés).

**ATTENTION**  
SI VOUS NE REMPLISSEZ PAS LA RUBRIQUE **A07**, IL SERA CONSIDÉRÉ QUE VOUS NE SOLICITEZ AUCUNE PRISE EN CHARGE DE CES FRAIS.

### CADRE RÉSERVÉ

### CADRE RÉSERVÉ

**ATTENTION**  
TOUT RÉSULTAT D'ADMISSION OU DE REFUS DE LA PART DE L'ORGANISME DE FORMATION DEVRA ÊTRE COMMUNIQUÉ DANS LES MEILLEURS DÉLAIS

JE SOUSSIGNÉ(E)

Agent de l'établissement

Atteste détenir les pièces justificatives obligatoires d'éligibilité.

FAIT À

LE

SIGNATURE

**ATTENTION**  
JOINDRE UNE COPIE DE  
LA NOTIFICATION DE  
D'ÉLIGIBILITÉ DANS LE  
CADRE DU FIPHP

Bénéficiaire du financement de l'action de formation liée à la reconversion, conformément au décret n°2006-501 du 3 mai 2006 relatif au fonds 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 appartenance 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 BÉNÉFICIAIRES ELIGIBLES AU CO-FINANCEMENT FIPHP/ANFH DES ACTIONS DE FORMATION**

Les travailleurs, reconnus handicapés par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes en situation de handicap mentionnées à l'article L.146-9 du code de l'action sociale et des familles.

Les victimes d'accident du travail ou de maladies professionnelles ayant entraîné une incapacité permanente au moins égal à 10p 100 et titulaires d'une rente attribuée au titre du régime général de sécurité sociale ou de tout autre régime de protection obligatoire.

Les titulaires d'une pension d'invalidité attribuée au titre du régime général de sécurité sociale, de tout autre régime de protection obligatoire ou au titre des dispositions régissant les agents publics à condition que l'invalidité des intéressés réduise au moins des deux tiers leur capacité de travail ou de gain ;

Les bénéficiaires mentionnés à l'article L.394 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre ;

Les titulaires d'une allocation ou d'une rente d'invalidité attribuée dans les conditions définies par la loi n°91-1389 du 31 décembre 1991 relative à la protection sociale des sapeurs-pompiers volontaires en cas d'accident survenu ou de maladie contractée en service ;

Les titulaires de la carte d'invalidité définie à l'article L.241-3 du code de l'action sociale et des familles ;

Les titulaires de l'allocation aux adultes handicapés ;

Les agents qui ont été reclassés en application de l'article 63 de la loi n°84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat, des articles 81 à 85 de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale ou des articles 71 à 75 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 ;

Les agents qui bénéficient d'une allocation temporaire d'invalidité en application de l'article 65 de la loi n°84-16 du 11 janvier 1984 précitée, de l'article L.417\_8 du code des communes, du paragraphe III de l'article 119 de la loi N°84-53 du 26 janvier 1984 précitée ou de l'article 80 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 précitée ; Tout agent ne possédant pas l'une de ces qualités mais ayant été reconnu inapte à l'exercice de ses fonctions par le comité médical et pour lequel un maintien dans l'emploi est proposé par le médecin du travail ou de prévention au moyen d'une adaptation du poste de travail.

# B



## À COMPLÉTER PAR L'ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR

# LE CONGE DE FORMATION PROFESSIONNELLE (CFP)

# DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

### B 01 | L'ÉTABLISSEMENT

**NOM**

ADRESSE

CODE POSTAL      COMMUNE

TÉLÉPHONE      TÉLÉCOPIE      E-MAIL

EFFECTIF RÉMUNÉRÉ AU 31.12.20\_\_

DOSSIER SUIVI PAR      TÉLÉPHONE      POSTE

SOIT EN ÉQUIVALENT PLEIN

### B 02 | AUTORISE L'AGENT

NOM      PRÉNOM

NOM DE JEUNE FILLE      GRADE

FONCTION      SERVICE

VILLE D'EXERCICE DE L'ACTIVITÉ (si différente de B01)

STATUT (cocher la case)     TITULAIRE     STAGIAIRE     CONTRACTUEL    CATÉGORIE     A     B     C

À LA DATE DE LA MISE EN CFP (cocher la case)     TEMPS PLEIN     TEMPS PARTIEL    (%)

Total de la durée des services effectifs effectués par l'agent au sein de la FPH, cad dans les établissements énumérés à l'article 2 de la loi du 09/01/1986

ANNÉES    (MOIS) APPRÉCIÉ À LA DATE DU DÉBUT DU CFP :

L'intéressé(e) a-t-il (elle) déjà bénéficié d'un ou plusieurs CFP indemnisé(s) ou non indemnisé(s) avant cette demande ? (cocher la case)     OUI     NON

SI OUI, INTITULÉ DES FORMATIONS DÉJÀ SUIVIES	NB DE JOURS	ANNÉE	INDEMNISÉ (OUI / NON)

Établissement ayant accordé l'absence pour le (ou les) CFP indemnisés (préciser le nom de l'établissement et son département)

Votre agent relève-t-il du régime de co-financement FIPHP-ANFH? (cocher la case)     OUI     NON  
(consulter la liste des bénéficiaires éligibles dans la partie téléchargement    [www.anfh.fr/le-conge-de-formation-professionnelle-cfp](http://www.anfh.fr/le-conge-de-formation-professionnelle-cfp))

### B 03 | À S'ABSENTER POUR SUIVRE LA FORMATION SUIVANTE

**INTITULÉ**

ORGANISME DE FORMATION

DATE DE DÉBUT      DATE DE FIN

DURÉE TOTALE <sup>(1)</sup>      jours

(1) Inclure la durée de ou des stages pratiques si nécessaire

**B04 | ET DEMANDERA, SOUS RÉSERVE DE L'ACCORD DU COMITÉ DE GESTION DU CFP, LE REMBOURSEMENT DE L'INDEMNITÉ FORFAITAIRE**

DATE DE DÉBUT

DATE DE FIN

POUR UNE DURÉE DE

jours (1 jour = 1/30ème de mois)

Sachant que l'indemnisation du CFP ne peut excéder douze mois, soit 360 jours pour l'ensemble de la carrière de l'agent.

Toutefois si le cursus de formation suivi dure deux ans au moins à plein temps, cette durée peut être portée à vingt quatre mois, soit 720 jours, sans que la durée totale de l'ensemble des CFP (indemnisés ou non) n'excède trois ans.

Il sollicitera, en cas d'accord du Comité de gestion régional (CGR), le remboursement de cette indemnité mensuelle forfaitaire pendant la période sus-visée sur présentation d'une attestation mensuelle de présence effective établie par l'organisme formateur.

**B05 | DÉTAIL DES JOURS À INDEMNISER**

Dans le cas d'une formation (cocher la case)

 EN DISCONTINU, LES REPOS HEBDOMADAIRES (RH) ET JOURS FÉRIÉS DOIVENT ÊTRE INCLUS AU PRORATA DE LA DURÉE TOTALE D'ABSENCE EN CONTINU: EXCLURE LES CONGÉS ANNUELS, S'ILS SONT PRIS DANS LA PÉRIODE DU CFP

année		mois												A total de 1 à 12	B = A x 0,4 nb de RH à inclure*	C total de A + B
		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12			
20_																
20_																
20_																
20_																
20_																

\* Uniquement dans le cadre des formations discontinues  
Important: l'unité minimale de décompte est la demi-journée**B06 | ATTESTATION DE NON INSCRIPTION DE L'ACTION DE FORMATION DEMANDÉE AU TITRE DU PLAN DE FORMATION****LE DIRECTEUR SOUSSIGNÉ CERTIFIE (COCHER LA CASE)** QUE LA FORMATION SOLlicitÉE À TITRE INDIVIDUEL NE PEUT PAS RELEVER DU PLAN DE FORMATION QUE LA FORMATION SOLlicitÉE À TITRE INDIVIDUEL A ÉTÉ DEMANDÉE AU TITRE DU PLAN DE FORMATION DE L'ÉTABLISSEMENT MAIS REFUSÉE AU TITRE DE CE PLAN QUE LA FORMATION QUE LA FORMATION SOLlicitÉE À TITRE INDIVIDUEL N'A PAS ÉTÉ DEMANDÉE AU TITRE DU PLAN DE FORMATION**B07 | ÉTUDE PROMOTIONNELLE**

■ Dans le cas où la formation envisagée relève de l'arrêté du 23 novembre 2009 fixant la liste des diplômes et certificats du secteur sanitaire et social acquis en fin d'Études promotionnelles.

**LE DIRECTEUR SOUSSIGNÉ CERTIFIE**

■ avoir refusé la prise en charge au titre des Études promotionnelles pour le motif suivant (cocher la case)

 IL N'Y A PAS DE POSTE VACANT DANS LES TROIS ANS CORRESPONDANT À L'ÉTUDE PROMOTIONNELLE ENVISAGÉE LA FONCTION N'EXISTE PAS DANS L'ÉTABLISSEMENT AUTRE (1)**(1) S'il s'agit d'un motif d'ordre financier, merci de préciser vos orientations ou vos engagements pour les années à venir en matière d'études promotionnelles.**

■ avoir informé l'agent qu'aucune possibilité d'emploi n'est prévue. En conséquence, l'agent a pris acte qu'il ne pourra prétendre obtenir la promotion souhaitée dans son établissement, à moins d'une vacance de poste inopinée qui n'aurait pu être prévue dans le cadre de la gestion prévisionnelle des effectifs. Dans cette perspective, il est invité à rechercher un poste correspondant à ses nouvelles compétences dans un autre établissement, afin de réaliser sa promotion par la voie d'une mobilité externe.

## B08 | DÉTERMINATION DES BASES DE REMBOURSEMENT (appréciées au moment de la mise en CFP)

INDICE BRUT	INDICE NOUVEAU MAJORÉ	
TRAITEMENT MENSUEL BRUT INDICIAIRE (À L'EXCLUSION DE TOUTE PRIME ET INDEMNITÉ)	<b>A</b>	€
INDEMNITÉ RÉSIDENCE	<b>B</b>	€
<b>SOUS-TOTAL</b>	<b>C</b>	€
INDEMNITÉ MENSUELLE D = C X 85 %	<b>D</b>	€
Le montant mensuel «D» de cette indemnité ne peut excéder celui du traitement brut et de l'indemnité de résidence afférents à l'indice brut 650 d'un agent en fonction à Paris		
TRAITEMENT MENSUEL BRUT+INDEMNITÉ DE RÉSIDENCE DE PARIS IB 650 (IM543)	<b>E</b>	€
MONTANT DE L'INDEMNITÉ MENSUELLE F=D SI D<E OU F=E SI D>E	<b>F</b>	€
SUPPLÉMENT FAMILIAL	<b>G</b>	€
CHARGES PATRONALES: REPORT DU TOTAL DES CHARGES MENSUELLES CALCULÉES EN B09	<b>H</b>	€
<b>TOTAL MENSUEL I=F+G+H</b>	<b>I</b>	€
<b>MONTANT DU REMBOURSEMENT I X NB DE JOURS/30</b>		€

## B09 | DÉTAIL DES CHARGES PATRONALES – TITULAIRE OU STAGIAIRE

Les charges patronales sont uniquement les charges obligatoires versées à l'URSSAF et à la CNRACL ou IRCANTEC selon les taux en vigueur au moment de la prise en charge (circulaire n°DHOS/RH4/2010/57 du 11 février 2010 relative à la mise en œuvre du congé de formation professionnelle des agents de la fonction publique hospitalière).

**ATTENTION**  
JOINDRE UNE  
COPIE DU DERNIER  
BULLETIN DE SALAIRE

### CHARGES PATRONALES MENSUELLES

Calculées sur le traitement brut d'activité = A du B08 et non sur l'indemnité – l'assiette est le dernier traitement indiciaire brut (hors NBI) perçu avant la date du début de congé

NATURE DE LA CHARGE	ASSIETTE	TAUX	MONTANT
URSAFF – maladie			
URSAFF – prestations familiales			
URSAFF - transport			
URSAFF – solidarité autonomie			
URSAFF – allocation logement plafonnée (pour les établissements dont les effectifs sont supérieurs à 20 agents)			
URSAFF – allocation logement limitée plafond S.S.			
URSAFF - allocation logement au-dessus du plafond S.S.			
CNRAL			
CNRAL – ATI			
FEH			
RAFP			

## B10 | LE DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT

FAIT À	LE	NOM DU SIGNATAIRE
CACHET DE L'ÉTABLISSEMENT	SIGNATURE	
<div style="border: 1px dashed black; height: 60px;"></div>	<div style="border: 1px dashed black; height: 60px;"></div>	

L'AGENT A LE STATUT « CONTRACTUEL », VEUILLEZ TOURNER LA PAGE SVP

**B 11 | DETAIL DES CHARGES PATRONALES – CONTRACTUEL**

Calculées sur l'indemnité majorée du supplément familial pour l'URSSAF = F+G du B08 – calculées sur l'indemnité seule pour l'IRCANTEC = F du B08

**ATTENTION**  
JOINDRE UNE  
COPIE DU DERNIER  
BULLETIN DE SALAIRE.

NATURE DE LA CHARGE	ASSIETTE	TAUX	MONTANT
URSAFF – maladie			
URSAFF – prestations familiales			
URSAFF - vieillesse plafonnée			
URSAFF – vieillesse totalité			
URSAFF – transport			
URSAFF – solidarité autonomie			
URSAFF – allocation logement plafonnée (pour les établissements dont les effectifs sont supérieurs à 20 agents)			
URSAFF – allocation logement limitée plafond S.S.			
URSAFF - allocation logement au-dessus du plafond S.S.			
URSAFF – accident du travail			
FEH			
IRCANTEC – tranche A plafonnée			
IRCANTEC – tranche B au dessus du plafond			

**B 12 | LE DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT**

FAIT À	LE	NOM DU SIGNATAIRE
CACHET DE L'ÉTABLISSEMENT	SIGNATURE	



À COMPLÉTER PAR **L'ORGANISME DE FORMATION**

# LE CONGÉ DE FORMATION PROFESSIONNELLE (CFP)

## DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

Ce dossier constitue une demande de financement et non une inscription officielle dans votre centre. Merci de remplir ce dossier avec précision.

NOM – PRÉNOM DE L'AGENT

### C01 | IDENTIFICATION

NOM OU RAISON SOCIALE

ADRESSE

CODE POSTAL

VILLE

N° D'ACTIVITÉ AU TITRE DE LA FORMATION CONTINUE EN COURS DE VALIDITÉ (obligatoire)

N° DE SIRET (obligatoire)

STATUT JURIDIQUE

DOSSIER SUIVI PAR

TÉLÉPHONE

FAX

E-MAIL

### C02 | DESCRIPTIF DE LA FORMATION

INTITULÉ

LIEU DE LA FORMATION

OBJECTIFS DE LA FORMATION

#### ATTENTION

JOINDRE IMPÉRATIVEMENT LE PROGRAMME DÉTAILLÉ MENTIONNANT LES MOYENS PÉDAGOGIQUES, TECHNIQUES ET D'ENCADREMENT

**C 03 | CONDITIONS D'ADMISSION DU CANDIDAT (COCHER LES CASES)**

<input type="checkbox"/> CONTRÔLE DES CONNAISSANCES	<input type="checkbox"/> ADMISSION PAR ENTRETIEN
<input type="checkbox"/> CONCOURS	<input type="checkbox"/> ADMISSION SUR DOSSIER <input type="checkbox"/> BILAN OU TEST
<input type="checkbox"/> AUCUNE CONDITION	<input type="checkbox"/> AUTRES

**DÉCISION D'ADMISSION**

<input type="checkbox"/> ADMIS	<input type="checkbox"/> EN ATTENTE	DATE PROBABLE DES RÉSULTATS
--------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------

Merci de communiquer ces résultats dès que possible.

**C 04 | SANCTION DE LA FORMATION (COCHER LES CASES)**

01  DIPLÔME DÉLIVRÉ PAR UN MINISTÈRE OU CERTIFICATION PROFESSIONNELLE INSCRITE AU RNCP (répertoire national des certifications professionnelles) :  
Précisez l'intitulé du diplôme/titre/CQP:

02  FORMATION QUALIFIANTE RECONNUE PAR UN SECTEUR OU BRANCHE (CQP : certificat de qualification professionnelle) :

01  AUTRE OU ABSENCE DE SANCTION :

**C 05 | NIVEAU VISÉ À L'ISSUE DE LA FORMATION (COCHER LES CASES)**

01  NIVEAU 1 : MASTER 2 – DOCTORAT – INGÉNIEUR

02  NIVEAU 2 : LICENCE – MASTER 1

03  NIVEAU 3 : BTS – DUT

04  NIVEAU 4 : BP – BAC TECHNIQUE – BT – BAC GÉNÉRAL

05  NIVEAU 5 : BEP – CAP – BPA

06  NIVEAU IMPOSSIBLE À DÉFINIR

**C 06 | DATES (le CFP doit durer 30 jours minimum, soit 20 jours de formation + repos hebdomadaires)**

	DATES DE DÉBUT		DATE DE FIN		
1 <sup>ère</sup> année de formation ou cycle ou module		ou		soit	jours
2 <sup>e</sup> année de formation ou cycle ou module		ou		soit	jours
3 <sup>e</sup> année de formation ou cycle ou module		ou		soit	jours
4 <sup>e</sup> année de formation ou cycle ou module		ou		soit	jours
				TOTAL	jours
				INCLURE, S'IL Y A LIEU, LE(S) JOUR(S) D'EXAMEN(S)	jours
				TOTAL ENSEIGNEMENT THÉORIQUE	jours
				TOTAL ENSEIGNEMENT PRATIQUE (STAGE)	jours

**C 07 | RYTHME DE LA FORMATION**

QUELLE DURÉE DE TRAVAIL PERSONNEL ESTIMEZ-VOUS NÉCESSAIRE DE LA PART DU STAGIAIRE : jours/année de formation

FORMATION CONTINUE  FORMATION EN DISCONTINU

DURÉE DE LA FORMATION (Nombre de jours)

NOMBRE DE SESSIONS NB DE JOURS/SESSION

STAGE PRATIQUE NB DE JOURS LIEU

**RUBRIQUE OBLIGATOIRE**

JOURS	L	M	M	J	V	S
HORAIRE MATIN						
HORAIRE A-M						
TOTAL HEURES/JOUR						
TOTAL HEURES ENSEIGNEMENT/SEMAINE						
PÉRIODES D'INTERRUPTION						

**C 08 | RÉPARTITION DES JOURS DE FORMATION PAR MOIS (20 JOURS MINIMUM AU TOTAL)**

Indiquer pour chaque mois le nombre de jours, stage(s) et examen(s) compris dans la formation

année	20_	mois												TOTALDE	
		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12		
	20_														
	20_														
	20_														
	20_														
	20_														

**INDIQUER IMPÉRATIVEMENT LES PÉRIODES D'INTERRUPTION DE LA FORMATION PLANIFIÉES PAR L'ORGANISME**

**C 09 | COÛT INDIVIDUEL VALANT DEVIS**

COÛT DE FORMATION

Montant des frais de formation par année selon le tarif établi à la date de constitution du dossier et facturable à l'intéressé(e). (Coût en vigueur pour la durée de la formation).

1ÈRE ANNÉE DE FORMATION OU CYCLE DE FORMATION	€ TTC
2E ANNÉE DE FORMATION OU CYCLE DE FORMATION	€ TTC
3E ANNÉE DE FORMATION OU CYCLE DE FORMATION	€ TTC
4E ANNÉE DE FORMATION OU CYCLE DE FORMATION	€ TTC
<b>COÛT TOTAL DE LA FORMATION</b>	€ TTC
AUTRES COÛTS	
inscription	€ TTC
Documentation	€ TTC
Matériel	€ TTC
<b>COÛT HEURE/STAGIAIRE</b>	€ TTC

**C 10 | HÉBERGEMENT – REPAS**

L'agent aura-t-il la possibilité de

- BÉNÉFICIER D'UN HÉBERGEMENT FONCTIONNANT SOUS LE CONTRÔLE DE L'ADMINISTRATION Précisez le coût unitaire:
- PRENDRE SES REPAS DANS UN RESTAURANT ADMINISTRATIF OU UNIVERSITAIRE :  MIDI  SOIR Précisez le coût unitaire:

La convention de formation conclue entre l'agent et l'organisme n'engage pas l'ANFH. Le signataire atteste de la sincérité de tous les renseignements portés sur le présent document, et s'engage :

- à fournir, mensuellement et en fin de formation, les attestations de présence en trois exemplaires : l'une au stagiaire, la seconde à l'établissement employeur, et la troisième à l'ANFH,
- sur le montant ferme et définitif du coût de la formation défini ci-dessus,
- et à conclure avec l'agent la convention de formation en conformité avec les éléments de coûts et de durée indiqués ci-dessus.

NOM \_\_\_\_\_

FONCTION \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE \_\_\_\_\_ POSTE \_\_\_\_\_

FAIT À \_\_\_\_\_ LE \_\_\_\_\_

SIGNATURE \_\_\_\_\_ CACHET DE L'ORGANISME \_\_\_\_\_