

**FORMATION DIPLOMANTE, CERTIFIANTE ET QUALIFIANTE
DEMANDE DE PRISE EN CHARGE - A COMPLETER PAR L'ETABLISSEMENT EMPLOYEUR**

ÉTABLISSEMENT

NOM DE L'ETABLISSEMENT EMPLOYEUR : CODE ETABLISSEMENT :
 PERSONNE A CONTACTER : Fonction :
 Téléphone : E-Mail :

AGENT

NOM – PRENOM : GENRE : FEMININ MASCULIN
 METIER EXERCE : GRADE : Priorité
 FILIERE : TECHNIQUE OUVRIERE SOCIALE ADMINISTRATIVE SOIGNANTE
 Mobilisation de l'agent de son Compte Personnel de Formation : non - si oui nombre d'heures mobilisées :

FORMATION

INTITULE DE LA FORMATION :
 ORGANISME..... LIEU DE LA FORMATION :
 NUMERO DE SIRET : NUMERO DECLARATION D'ACTIVITE :
 DATE DE DEBUT DE FORMATION..... DATE DE FIN DE FORMATION :
 DATE DE CTE : AVIS CTE : FAVORABLE DEFAVORABLE

PROJET PROFESSIONNEL (QUE VA PERMETTRE L'OBTENTION DU DIPLOME ?)

.....

FRAIS

COUT	PEDAGOGIE	TRAITEMENT	DEPLACEMENT/HEBERGEMENT	TOTAL
2021				
2022				
2023				
2024				

A TRANSMETTRE IMPERATIVEMENT

- ⇒ Convention de formation ou devis
- ⇒ Dernier bulletin de salaire
- ⇒ Projet professionnel

L'établissement atteste avoir pris connaissance des conditions de prise en charge de l'ANFH, certifie l'exactitude des renseignements fournis et la conformité des documents joints.

Le Directeur de l'établissement
 Fait à : Le:.....
 Cachet de l'établissement et signature