

## À COMPLÉTER PAR L'ÉTABLISSEMENT

# DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

### ÉTABLISSEMENT

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR		CODE ÉTABLISSEMENT
ADRESSE		
TÉLÉPHONE	FAX	E-MAIL
PERSONNE À CONTACTER		

### AGENT

NOM	PRÉNOM	SEXE <input type="checkbox"/> FÉMININ <input type="checkbox"/> MASCULIN
MÉTIER	FONCTION	GRADE
<input type="checkbox"/> PÉRIODE DE PROFESSIONNALISATION	<input type="checkbox"/> FORMATION CONTINUE	<input type="checkbox"/> FORMATION DISCONTINUE
INTITULÉ DE LA FORMA-	LIEU DE LA FORMATION	

### ORGANISME

NOM DE L'ORGANISME	
N° DE DÉCLARATION D'ACTIVITÉ	N° DE SIRET

### ACTIONS DE FORMATION

#### MODALITÉS DE FINANCEMENT DES FORMATIONS PRÉVUES À LA CONVENTION ANFH / FIPHFP

	TYPE DE FORMATION	DATE DE DÉBUT	DATE DE FIN	NOMBRE DE JOURS	FRAIS PÉDAGOGIQUES
FORMATIONS À DESTINATION DES AGENTS EN SITUATION DE HANDICAP <sup>(1)</sup> <small>(Cf. guide pratique p.04)</small>	Reclassement / reconversion / maintien dans l'emploi				(1)
FORMATIONS À DESTINATION DES AGENTS EN RELATION AVEC DES AGENTS EN SITUATION DE HANDICAP <sup>(2)</sup> <small>(Cf. guide pratique p.04)</small>	Formation qualifiante ou diplômante spécifique au handicap				(2)
	Formation maître d'apprentissage				(3)

#### FORFAITS FIPHFP

(1) Attestation d'éligibilité à compléter; prise en charge le FIPHFP de 10 000 euros/an dans la limite de 3 ans.

(2) Prise en charge le FIPHFP de 10 000 euros/an dans la limite de 3 ans.

(3) Prise en charge de 2 000 euros maximum.

**Seul est possible le cofinancement de ces actions sur le 2,1 % cotisé**

#### JOINDRE UN BULLETIN DE SALAIRE ET L'"ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR" SIGNÉE PAR LE DIRECTEUR

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

LE DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT	
FAIT À	LE
CACHET DE L'ÉTABLISSEMENT	