

**DEMANDE DE FONDS
REGIONAL
D'ACCOMPAGNEMENT DES
PLANS - F.R.A.P.**

ETABLISSEMENT

Priorité :

Nom établissement :

Personne(s) à contacter : vvvv

Mail :

Téléphone :

Avis CTE : Choisir

Date :

CONTEXTE JUSTIFIANT LA DEMANDE

SITUATION FINANCIERE DE L'ETABLISSEMENT

Montant des recettes (enveloppe + report : cf. colonne "recettes de l'année" du suivi de l'utilisation des recettes)	0,00
Montant du Plan engagé (y compris FRAP demandé)	0,00

ACTION DE FORMATION

Nom de l'organisme :

Intitulé de la formation :

Date de début de formation :

Nombre d'agents :

Date de fin de formation :

Nombre de jours :

Lieu de formation :

Nombre d'heures :

Joindre impérativement la convention ou le devis, et le programme de la formation

FINANCEMENT

Nature de dépenses	Déplacement	Enseignement	TOTAL
Coût de l'action de formation	0,00	0,00	0,00
Montant de l'aide demandée	0,00	0,00	0,00

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

Le Directeur de l'établissement

Fait à le

Signature et cachet de l'établissement

DATES LIMITES DE DEPOT DES DEMANDES

UNE REPOSE VOUS SERA COMMUNIQUEE AU PLUS TARD LES

21 février 2023

23 mars 2023

17 mai 2023

22 juin 2023

12 octobre 2023

16 novembre 2023