

**Anfh**

Association nationale  
pour la formation permanente  
du personnel hospitalier

DISPOSITIFS INDIVIDUELS

**Bilan de  
compétences**

**(BC)**

DEMANDE DE  
PRISE EN  
CHARGE

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

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

**VOLET A** à remplir et à signer par l'agent.

**VOLET B** à remplir par l'organisme prestataire de Bilan de compétences choisi.

**VOLET C** « autorisation administrative d'absence » à remplir par l'établissement employeur lorsque le Bilan de compétences est réalisé sur le temps de travail.

## 2 PIÈCES OBLIGATOIRES À FOURNIR

Copie du dernier bulletin de salaire.

Document justifiant des 2 ans de services effectifs, consécutifs ou non dans la fonction publique hospitalière.

Les 3 volets (ou 2 si BC réalisé sur temps personnel), dûment remplis doivent parvenir à la délégation territoriale ANFH chargée de l'instruction du dossier sous pli recommandé avec accusé de réception.

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

[www.anfh.fr/le-bilan-de-competences](http://www.anfh.fr/le-bilan-de-competences)

Le Bilan de compétences a pour objectif de permettre aux agents d'analyser leurs compétences professionnelles et personnelles, leurs aptitudes et motivations afin de définir un projet professionnel ou de formation.

Il est mis en œuvre, à l'initiative de l'agent sur son temps de travail, dans le cadre d'un congé spécifique : le congé pour Bilan de compétences.

Il peut également se dérouler en dehors du temps de travail. Dans ce cas, l'employeur n'est pas informé de la démarche et l'ANFH peut prendre en charge les frais pédagogiques et éventuellement les frais de déplacement.

Le Bilan de compétences est réalisé par un prestataire choisi par l'agent.

**Pour pouvoir être financé, le prestataire devra être habilité ANFH ou certifié Qualiopi. A partir du 1er janvier 2022, il devra être certifié Qualiopi.**

## RAPPEL :

- **Le financement du bilan est validé par le comité territorial** (Instance Territoriale) de la délégation dont dépend l'agent (les dossiers de demande de financement sont déposés par les agents auprès des équipes territoriales de l'ANFH et dont un volet est complété par le prestataire choisi par l'agent)
- **Les prestataires doivent respecter les règles de réalisation de BC du code du travail**

# DEMANDE DE PRISE EN CHARGE BILAN DE COMPÉTENCES (BC)

# A

À COMPLÉTER PAR **L'AGENT**

## A01 | 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 (merci de bien vouloir compléter cette rubrique)		

## A02 | SITUATION PROFESSIONNELLE

GRADE ACTUEL	MÉTIER			
AU MOMENT DU DÉMARRAGE DU BC (cocher la case)	TEMPS PLEIN	TEMPS PARTIEL	(%)	
STATUT (cocher la case)	TITULAIRE	STAGIAIRE	CONTRACTUEL(LE)	si CDD, la prestation de doit pas aller au-delà de la fin du contrat en cours
ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR				
Durée des services effectifs dans la fonction publique hospitalière appréciée à ce jour			ANNÉE(S)	MOIS
Avez-vous déjà bénéficié d'un ou plusieurs Bilans de compétences avant cette demande ?		OUI	NON	
SI OUI, ORGANISME AYANT RÉALISÉ LA PRESTATION	DATE	DURÉE (en heures)		

## A03 | DEMANDE DE PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE voir les modalités territoriales de prise en charge

DU COÛT DE LA PRESTATION DE BILAN DE COMPÉTENCES
DES FRAIS DE TRANSPORT INHÉRENTS À LA RÉALISATION DU BILAN DE COMPÉTENCES
(base de remboursement : transport en commun y compris en cas d'utilisation de son véhicule personnel)
Le BC se réalisera (cocher la case)
SUR TEMPS DE TRAVAIL (FAIRE COMPLÉTER LE VOLET C PAR L'EMPLOYEUR)
HORS TEMPS DE TRAVAIL (NE PAS FAIRE REMPLIR LE VOLET C PAR L'EMPLOYEUR)

- Copie du dernier bulletin de salaire
- Attestation d'ancienneté, justifiant les 2 ans de service effectifs, consécutifs ou non en qualité d'agent titulaire ou non titulaire de la fonction publique hospitalière

**ATTENTION**  
Pièces à joindre  
obligatoirement au  
dossier

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations portées sur la présente demande. Toute fausse déclaration entraînera 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**

Les informations collectées par l'ANFH directement auprès de vous via ce formulaire, avec votre consentement, font l'objet d'un traitement de données ayant pour finalité la gestion de votre dossier BC. L'ensemble des informations sont obligatoires et nécessaires pour analyser votre demande. A défaut, l'ANFH ne sera pas en mesure d'analyser votre dossier. Ces informations sont à destination de personnes habilitées de l'ANFH et des autorités publiques concernées, et seront conservées pendant 10 ans à compter de l'exercice du dernier paiement ou 2 ans à compter de l'exercice du refus de financement.

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel, vous disposez des droits suivants sur vos données : droit d'accès, droit de rectification, droit à l'effacement (droit à l'oubli), droit d'opposition, droit à la limitation du traitement, droit à la portabilité. Vous pouvez également définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès. Vous avez la possibilité de retirer votre consentement à tout moment.

Pour exercer vos droits, merci d'adresser votre courrier RAR au DPD de l'ANFH, 265 Rue de Charenton, 75012 Paris, ou à l'adresse email [protectiondesdonnees@anfh.fr](mailto:protectiondesdonnees@anfh.fr). Nous vous recommandons de joindre la copie d'une pièce d'identité.

Sous réserve d'un manquement aux dispositions ci-dessus, vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL. ([www.cnil.fr](http://www.cnil.fr))

# DEMANDE DE PRISE EN CHARGE BILAN DE COMPÉTENCES (BC)

# B

À COMPLÉTER PAR **L'ORGANISME PRESTATAIRE**

## B 01 | L'ORGANISME PRESTATAIRE

### NOM OU RAISON SOCIALE

ADRESSE

CODE POSTAL COMMUNE

TÉLÉPHONE TÉLÉCOPIE E-MAIL

DOSSIER SUIVI PAR TÉLÉPHONE POSTE

N° DE DÉCLARATION D'ACTIVITÉ N° DE SIRET

## B 02 | DESCRIPTIF DE LA PRESTATION

ADRESSE DE RÉALISATION DU BILAN DE COMPÉTENCES

CODE POSTAL COMMUNE

DURÉE **TOTALE** (en heures) NOMBRE DE SÉANCES

CALENDRIER PRÉVISIONNEL (entretiens individuels, passages de tests, travaux de recherche et de documentation)

	DATE	HEURE DE DÉBUT	HEURE DE FIN	DURÉE
1 <sup>È</sup> SÉANCE				
2 <sup>È</sup> SÉANCE				
3 <sup>È</sup> SÉANCE				
4 <sup>È</sup> SÉANCE				
5 <sup>È</sup> SÉANCE				
6 <sup>È</sup> SÉANCE				
7 <sup>È</sup> SÉANCE				
8 <sup>È</sup> SÉANCE				
9 <sup>È</sup> SÉANCE				
10 <sup>È</sup> SÉANCE				
11 <sup>È</sup> SÉANCE				
12 <sup>È</sup> SÉANCE				

COÛT VALANT DEVIS TARIF HORAIRE TTC\* €/Heure NOMBRE D'HEURES\*\*

COÛT TOTAL TTC €

\* Tarif horaire applicable pour la durée totale du bilan. \*\* La facturation sera établie en fonction du nombre d'heures réellement réalisées et indiquées sur l'attestation de fréquentation effective, et ne pourra en aucune façon dépasser la durée indiquée.

## B 03 | ENGAGEMENT DE L'ORGANISME PRESTATAIRE

JE SOUSSIGNÉ(E)

Représentant légal de l'organisme de Bilan de compétences ci-dessus désigné certifié :

1 AVOIR REÇU

MME, MLE, M.

LE (date de l'entretien/pré-bilan)

Afin de :

- faire le point avec l'agent sur ses souhaits d'évolution et de changement.
- l'informer des conditions de déroulement du Bilan de compétences, ainsi que des méthodes et technique, adaptées à ses besoins, qui seront mises en œuvre.
- définir avec l'agent, les modalités du déroulement en précisant les différentes étapes à accomplir par le prestataire et par l'agent ainsi que leur engagement réciproque.

2 RÉALISER UNE PRESTATION CONFORME AUX DISPOSITIONS LÉGALES ET RÉGLEMENTAIRES

3 REMETTRE, AU TERME DU BILAN DE COMPÉTENCES, L'ATTESTATION DE FRÉQUENTATION EFFECTIVE

FAIT À

NOM DU SIGNATAIRE

LE

**CACHET DE L'ORGANISME**

**SIGNATURE**

Les informations collectées par l'ANFH directement auprès de vous via ce formulaire, avec votre consentement, font l'objet d'un traitement de données ayant pour finalité la gestion de votre dossier BC. L'ensemble des informations sont obligatoires et nécessaires pour analyser votre demande. A défaut, l'ANFH ne sera pas en mesure d'analyser votre dossier. Ces informations sont à destination de personnes habilitées de l'ANFH et des autorités publiques concernées, et seront conservées pendant 10 ans à compter de l'exercice du dernier paiement ou 2 ans à compter de l'exercice du refus de financement.

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel, vous disposez des droits suivants sur vos données : droit d'accès, droit de rectification, droit à l'effacement (droit à l'oubli), droit d'opposition, droit à la limitation du traitement, droit à la portabilité. Vous pouvez également définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès. Vous avez la possibilité de retirer votre consentement à tout moment.

Pour exercer vos droits, merci d'adresser votre courrier RAR au DPD de l'ANFH, 265 Rue de Charenton, 75012 Paris, ou à l'adresse email [protectiondesdonnees@anfh.fr](mailto:protectiondesdonnees@anfh.fr). Nous vous recommandons de joindre la copie d'une pièce d'identité.

Sous réserve d'un manquement aux dispositions ci-dessus, vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL. ([www.cnil.fr](http://www.cnil.fr))

# DEMANDE DE PRISE EN CHARGE BILAN DE COMPÉTENCES (BC)

# C

À COMPLÉTER PAR L'ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR

À compléter uniquement si le bilan de compétences se déroule sur le temps de travail

## C01 | L'ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR

### NOM OU RAISON SOCIALE

ADRESSE

CODE POSTAL

VILLE

DOSSIER SUIVI PAR

FONCTION

TÉLÉPHONE

POSTE

FAX

E-MAIL

## C02 | AUTORISE L'AGENT

NOM

PRÉNOM

NOM DE JEUNE FILLE

DATE DE NAISSANCE

ADRESSE

CODE POSTAL

VILLE

GRADE

FONCTION

SERVICE\*

STATUT

VILLE D'ACTIVITÉ SI DIFFÉRENTE DE C01

\* Total de la durée des services effectifs effectués par l'agent

## C03 | À S'ABSENTER POUR SUIVRE UN BILAN DE COMPÉTENCES

DANS LA PÉRIODE COMPRISE ENTRE LE

ET LE

POUR UNE DURÉE TOTALE DE

heures, suivant le calendrier B02

Toute modification du calendrier, dans la limite de la durée prévue, devra être portée à la connaissance de l'employeur directement par le bénéficiaire du Bilan de compétences

## C04 | ET DEMANDE, SOUS RÉSERVE DE LA RÉALISATION DU BILAN DE COMPÉTENCES, LE REMBOURSEMENT DU SALAIRE DE L'AGENT SUR LA BASE D'UN COÛT HORAIRE\*

SALAIRE HORAIRE TTC\*

€

x NOMBRE D'HEURES\*\*

= COÛT TTC

€

\* Traitement, primes et indemnités y compris les indemnités à caractère familial, charges URSSAF, CNRACL, IRCANTEC.

\*\* La facturation sera établie sur le nombre d'heures réellement réalisées et ne pourra en aucune façon dépasser la durée indiquée.

TAUX CHARGE PATRONALE TRANSPORT (pour les titulaires, stagiaires et contractuels)

%

TAUX CHARGE PATRONALE ACCIDENT DE TRAVAIL (uniquement pour les contractuels)

%

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

**C05 | DÉCLARE ÊTRE INFORMÉ DE LA CONFIDENTIALITÉ DES RÉSULTATS DU BILAN DE COMPÉTENCES QUI SONT LA PROPRIÉTÉ EXCLUSIVE DE L'AGENT**

- Certifie que l'établissement est à jour dans le versement de sa contribution 0,2 % CFP – BC – VAE.
- Certifie l'exactitude de tous les renseignements portés sur le présent document.

**FAIT À** \_\_\_\_\_ **LE** \_\_\_\_\_

**SIGNATURE**

**CACHET DE L'ÉTABLISSEMENT**

Les informations collectées par l'ANFH via ce formulaire, avec votre consentement et sur la base de votre contrat de travail, font l'objet d'un traitement de données dans le cadre de la gestion des dossiers BC. L'ensemble des informations sont obligatoires et nécessaires pour analyser le dossier. A défaut, l'ANFH ne sera pas en mesure d'instruire le dossier. Ces informations sont à destination de personnes habilitées de l'ANFH et des autorités publiques concernées, et seront conservées pendant 10 ans à compter de l'exercice du dernier paiement ou 2 ans à compter de l'exercice du refus de financement.

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel, vous disposez des droits suivants sur vos données : droit d'accès, droit de rectification, droit à l'effacement (droit à l'oubli), droit d'opposition, droit à la limitation du traitement, droit à la portabilité. Vous pouvez également définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès. Vous avez la possibilité de retirer votre consentement à tout moment.

Pour exercer vos droits, merci d'adresser votre courrier RAR au DPD de l'ANFH, 265 Rue de Charenton, 75012 Paris, ou à l'adresse email [protectiondesdonnees@anfh.fr](mailto:protectiondesdonnees@anfh.fr). Nous vous recommandons de joindre la copie d'une pièce d'identité.

Sous réserve d'un manquement aux dispositions ci-dessus, vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL ([www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)).

NB : L'établissement employeur s'engage à respecter le Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des données à caractère personnel (dit « RGPD ») et la loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, ainsi qu'à toute réglementation applicable dans le cadre de la protection des données.

## CONTACTER

### LES DÉLÉGATIONS ANFH

#### AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

##### ANFH AUVERGNE

Départements : 03 - 15 - 43 - 63  
26, rue Le Corbusier  
ZAC des Acilloux  
63800 Courmon d'Auvergne  
tél : 04 73 28 67 40  
auvergne@anfh.fr  
www.anfh.fr/auvergne

##### ANFH RHÔNE

Départements : 01 - 07 - 42 - 69  
75 Cours Emile Zola  
BP 22174  
69603 Villeurbanne Cedex  
tél : 04.72.82.13.20  
rhone@anfh.fr  
www.anfh.fr/rhone

##### ANFH ALPES

Départements : 26 - 38 - 73 - 74  
26, rue Gustave Eiffel  
CS 10632  
38024 Grenoble Cedex 1  
tél : 04 76 04 10 40  
alpes@anfh.fr  
www.anfh.fr/alpes

#### BOURGOGNEFRANCHE-COMTE

##### ANFH BOURGOGNE

Départements : 21 - 58 - 71 - 89  
14, rue Nodot  
BP 81574  
21015 Dijon Cedex  
tél : 03 80 41 25 54  
bourgogne@anfh.fr  
www.anfh.fr/bourgogne

##### ANFH FRANCHE-COMTE

Départements : 25 - 39 - 70 - 90  
9 Rue Jean-Baptiste Proudhon  
25000 Besançon  
tél : 03 81 82 00 32  
franchecomte@anfh.fr  
www.anfh.fr/franche-comte

#### ANFH BRETAGNE

Départements : 22 - 29 - 35 - 56  
Le Magister  
6, cours Raphaël-Binet  
CS94332  
35043 Rennes Cedex  
tél : 02 99 35 28 60  
bretagne@anfh.fr  
www.anfh.fr/bretagne

#### ANFH CENTRE - VAL DE LOIRE

Départements : 18 - 28 - 36 - 37 - 41 - 45  
7, rue Copernic  
41260 La Chaussée-Saint-Victor  
tél : 02 54 74 65 77  
centre@anfh.fr  
www.anfh.fr/centre

#### ANFH CORSE

Départements : 2A - 2B  
Bât. C - parc du Belvédère  
avenue de la Libération  
20000 Ajaccio  
tél. : 04 95 21 42 66  
corse@anfh.fr  
www.anfh.fr/corse

#### GRAND EST

##### ANFH ALSACE

Départements : 67 - 68  
Immeuble «le Sébastopol»  
5ème étage  
3, quai Kléber  
67000 Strasbourg  
tél : 03 88 21 47 00  
alsace@anfh.fr  
www.anfh.fr/alsace

##### ANFH CHAMPAGNE-ARDENNE

Départements : 08 - 10 - 51 - 52  
20, rue Simon  
51723 Reims Cedex  
tél : 03 26 87 78 20  
champagneardenne@anfh.fr  
www.anfh.fr/champagne-ardenne

##### ANFH LORRAINE

Départements : 54 - 55 - 57 - 88  
7, rue Albert-Einstein  
54320 Maxéville  
tél. : 03 83 15 17 34  
lorraine@anfh.fr  
www.anfh.fr/lorraine

##### ANFH GUYANE

Départements : 973  
Résidence Man'cia  
1897 Route De Montjoly  
97354 Remire Montjoly  
tél. : 05 94 29 30 31  
guyane@anfh.fr  
www.anfh.fr/guyane

#### HAUTS DE FRANCE

##### ANFH NORD-PAS-DE-CALAIS

Départements : 59 - 62  
Immeuble le nouveau siècle  
2, place Pierre-Mendès-France  
59000 LILLE  
tél : 03 20 08 06 70  
nordpasdecalais@anfh.fr  
www.anfh.fr/nord-pas-de-calais

##### ANFH PICARDIE

Départements : 02 - 60 - 80  
Immeuble Le Pomerol  
15, avenue d'Italie  
80090 Amiens  
tél : 03 22 71 31 31  
picardie@anfh.fr  
www.anfh.fr/picardie

#### ANFH ILE-DE-FRANCE

3-5 Rue Ferrus  
75014 Paris  
Tél. : 01 53 82 87 88  
Fax : 01 53 82 82 39  
iledefrance@anfh.fr  
www.anfh.fr/ile-de-france

#### ANFH MARTINIQUE

Départements : 972  
Immeuble Jamesby  
Zone De Manhity  
97232 Le Lamentin  
tél : 05.96.42.10.60  
martinique@anfh.fr  
www.anfh.fr/martinique

#### NORMANDIE

##### ANFH BASSE-NORMANDIE

Départements : 14 - 50 - 61  
Parc Athéna  
1 Rue Andreï Sakharov  
14280 Saint Contest  
tél : 02.31.46.71.60  
bassenormandie@anfh.fr

##### ANFH HAUTE-NORMANDIE

Départements : 27 - 76  
85 A, rue Jean-Lecanuët  
76107 Rouen Cedex  
tél : 02 32 08 10 40  
hautenormandie@anfh.fr

#### NOUVELLE AQUITAINE

##### ANFH AQUITAINE

Départements : 24 - 33 - 40 - 47 - 64  
232, avenue du Haut-Lévêque  
CS 40031  
33615 Pessac Cedex  
tél : 05 57 35 01 70  
aquitaine@anfh.fr  
www.anfh.fr/aquitaine

##### ANFH LIMOUSIN

Départements : 19 - 23 - 87  
17, rue Columbia  
Parc Ester Technopole  
87068 Limoges cedex  
tél : 05 55 31 12 09  
limousin@anfh.fr  
www.anfh.fr/limousin

##### ANFH POITOU-CHARENTES

Départements : 16 - 17 - 79 - 86  
22, rue Gay-Lussac  
BP 40951  
86038 Poitiers Cedex  
tél : 05 49 61 44 46  
poitoucharentes@anfh.fr  
www.anfh.fr/poitou-charentes

#### OCCITANIE

##### ANFH LANGUEDOC-ROUSSILLON

Départements : 11 - 30 - 34 - 48 - 66  
Immeuble Le Fahrenheit  
ZAC Hippocrate  
120, av. Nina-Simone  
34000 Montpellier  
tél : 04 67 04 35 10  
languedocroussillon@anfh.fr  
www.anfh.fr/languedoc-roussillon

##### ANFH MIDI-PYRENEES

Départements : 09 - 12 - 31 - 32 - 46 - 65 - 81 - 82  
Parc du Canal  
1, rue Giotto  
31520 Ramonville Saint-Agne  
tél : 05 61 14 78 68  
midipyrenees@anfh.fr  
www.anfh.fr/midi-pyrenees

##### ANFH OCEAN INDIEN

Départements : 974 - 976  
Les Ateliers Roquefeuil  
11, Avenue De La Grande Ourse  
97434 Saint-gilles-les-bains  
tél. : 02 62 90 10 20  
oceanindien@anfh.fr  
www.anfh.fr/ocean-indien

##### ANFH PAYS DE LA LOIRE

Départements : 44 - 49 - 53 - 72 - 85  
1, bd Salvador-Allende  
Les Salorges II - CS 60532  
44105 Nantes Cedex 4  
tél : 02 51 84 91 20  
paysdelaloire@anfh.fr  
www.anfh.fr/pays-de-la-loire

##### ANFH

##### PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

Dép : 04 - 05 - 06 - 13 - 83 - 84  
2, rue Henri Barbusse  
CS 20297  
13232 Marseille Cedex 1  
tél : 04 91 17 71 30  
provence@anfh.fr  
www.anfh.fr/provence-alpes-cote-d-azur

##### SIÈGE NATIONAL

265, rue de Charenton  
CS 51218  
75578 PARIS Cedex 12  
Tél : 01 44 75 68 00  
Fax : 01 44 75 68 68  
communication@anfh.fr  
www.anfh.fr

