

DISPOSITIFS INDIVIDUELS

**Congé de  
formation  
professionnelle  
(CFP)**

**DEMANDE DE  
PRISE EN  
CHARGE**

## A LIRE AVANT DE REMPLIR VOTRE DOSSIER

### 1/ Conditions d'accès :

- ✓ Être en position d'activité (ou en position d'activité la veille du départ en formation – Justificatif à l'appui).
- ✓ Justifier de 3 années de services au total, dans la Fonction Publique Hospitalière.
- ✓ Formation de 10 jours min. dispensée par un organisme certifié Qualiopi et inscrit sur la liste publique des organismes de formation.

*Le dépôt du dossier est possible même si vous êtes en attente d'admission, l'accord sera conditionné à l'admission définitive*

### 2/ Rubriques à renseigner et documents à joindre **IMPERATIVEMENT** :

- ☐ Les 3 volets A, B et C dûment remplis et signés
- ☐ Numéro de téléphone portable personnel (en cas d'accord, un SMS vous sera envoyé)
- ☐ Une attestation d'ancienneté
- ☐ Une copie du dernier bulletin de paie
- ☐ Le programme détaillé de la formation
- ☐ Le devis de l'organisme de formation (identique à C08)
- ☐ Le calendrier prévisionnel détaillé de la formation (total identique à C06)

**TOUT DOSSIER INCOMPLET OU EN RETARD SERA REJETE**

### 3/ Vous pouvez également joindre à votre dossier :

- 1 cv
- Tout document ou information jugés utiles pour appuyer votre projet

### 4/ Consignes :

- Ne pas agraffer les documents entre eux
- La partie « exposé de projet » rédigée en traitement de texte de préférence, peut faire l'objet d'un document joint en annexe en reprenant chaque question avec son numéro et son intitulé
- Renvoyer le dossier en courrier RAR selon le calendrier fourni (cachet de La Poste faisant foi), à :

ANFH ALPES  
26, rue Gustave Eiffel  
CS 10632  
38024 GRENOBLE CEDEX 1

### 5/ Informations importantes :

- Les frais de déplacements pour les stages dont le lieu est inconnu lors du dépôt du dossier, pourront faire l'objet d'une demande de prise en charge ultérieure, par mail à Carole BIGAND [c.bigand@anfh.fr](mailto:c.bigand@anfh.fr)
- Lorsque votre dossier sera saisi, vous recevrez un mail de confirmation
- Suite à la Commission Territoriale, vous serez informés dans les 5 jours ouvrés suivants :
  - Pas SMS et mail en cas d'accord
  - En courrier recommandé en cas de refus

**Date et signature de l'agent :**

# DEMANDE DE PRISE EN CHARGE CONGÉ DE FORMATION PROFESSIONNELLE (CFP)

**A**  
À COMPLÉTER PAR L'AGENT

RÉSERVÉ À L'ANFH N°CFP

N°CT

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

NOM

PRÉNOM

NOM DE NAISSANCE

DATE DE NAISSANCE

ADRESSE

CODE POSTAL

COMMUNE

TÉLÉPHONE MOBILE

TÉLÉPHONE FIXE

E-MAIL (écrire en lettres majuscules)  
(obligatoire)

(personnel)

## A 02 | SITUATION PROFESSIONNELLE

NOM DE VOTRE ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR

GRADE

MÉTIER

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)

RÉGION DE L'ÉTABLISSEMENT  
EMPLOYEUR

NB DE JOURS

ANNÉE

INDEMNISÉ  
(oui / non)

## A 03 | DIPLÔMES OBTENUS

### CÔCHEZ LES DIPLÔMES OBTENUS

### INDIQUEZ LA OU LES SPÉCIALITÉS

MASTER 2 DOCTORAT – INGÉNIEUR

LICENCE –MASTER 1

BTS – DUT – DEUST

BP – BAC – BT

BEP – CAP – CFPA

FIN DE SCOLARITÉ

INTITULÉ DU (DES) DIPLÔME(S) OBTENU(S) (Spécifique aux professions de santé, secteur sanitaire ou social)

## A 04 | FORMATION DEMANDÉE

INTITULÉ

ORGANISME DE FORMATION

## EXPOSÉ DÉTAILLÉ DE VOTRE PROJET PROFESSIONNEL

1/3

**ATTENTION - À COMPLÉTER DE PRÉFÉRENCE ÉLECTRONIQUEMENT**

En cas d'impossibilité, vous pouvez reprendre les questions ci-dessous sur une feuille libre en respectant le nombre de lignes indiqué.

**ATTENTION !**

Ce document vous permet de renseigner librement des informations. Pour rappel, vous devez impérativement rédiger des commentaires objectifs et jamais excessifs ou insultants. Le traitement des données sensibles (origine raciale ou ethnique, opinions politiques, philosophiques ou religieuses, appartenance syndicale, données relatives à la santé ou à la vie sexuelle, infractions, condamnations, mesure de sûreté) est soumis au recueil de votre consentement exprès. Si vous renseignez de telles informations, veuillez cocher la case (oui - non) en bas du formulaire.

**VOTRE OBJECTIF**

OPÉRER UNE RECONVERSION DANS LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE

PROFESSION VISÉE

OPÉRER UNE RECONVERSION EN DEHORS DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE

PROFESSION VISÉE

DÉVELOPPER SES CONNAISSANCES OU COMPÉTENCES HORS DE SON CHAMPS PROFESSIONNEL

CONNAISSANCES OU COMPÉTENCES VISÉES

DÉVELOPPER SES CONNAISSANCES OU COMPÉTENCES DANS SON CHAMPS D'ACTIVITÉ

CONNAISSANCES OU COMPÉTENCES VISÉES

Préciser vos motivations relatives au projet et au choix de la formation, objectifs, actions de préparation ou de formation réalisées, démarches effectuées pour vérifier la faisabilité du projet (vous pouvez joindre tout document dactylographié/numérique pour argumenter votre projet professionnel). **Le conseiller en Dispositifs Individuels de votre délégation ANFH est à votre disposition pour vous aider à remplir votre dossier notamment la partie motivation.** Vous pouvez joindre tout document utile pour étayer votre projet (cv, offres d'emplois, promesse d'embauche, business plan...).

**Le nombre de lignes est indicatif****01. Quel est votre parcours ?**

(5 lignes maximum) Retracer succinctement votre parcours professionnel, votre parcours de formation, votre situation actuelle (poste occupé, ancienneté dans la Fonction Publique Hospitalière...)

**02. Quel est votre projet en lien avec cette formation et son origine ?**

(10 à 15 lignes maximum) Quelle est l'origine de votre projet ? Qu'est ce qui a guidé votre réflexion ? Vous pourrez aussi décrire vos motivations, votre connaissance du métier et les qualités personnelles nécessaires à son exercice, si vous envisagez une reconversion.

**03. Comment avez-vous préparé votre projet ?**

(10 à 15 lignes maximum) Quelles actions préalables avez-vous réalisées (formations suivies, bilan de compétences, sources d'informations, professionnels rencontrés, recherches effectuées, sollicitation financement employeur,...) ? Avez-vous été accompagné dans ce choix ? Avez-vous évalué la compatibilité de votre projet avec votre vie professionnelle et personnelle (déplacements, charge de travail, rémunération) ?

**04. Pourquoi avez-vous choisi cette formation et cet organisme ?** (5 lignes maximum) Choix de l'organisme : avez-vous contacté plusieurs organismes de formation ? Pourquoi ce choix (lieu, coût, contenu pédagogique, diplôme ou certificat délivré, lien avec votre projet) ?

**05. Que ferez-vous à l'issue de la formation ? Quelles seront les étapes qui restent à accomplir pour finaliser votre projet ?** (10 à 15 lignes maximum)

Indiquer comment vous comptez investir les connaissances et capacités acquises lors de la formation ? En cas de changement de métier, indiquer les débouchés possibles, ce que vous connaissez du marché de l'emploi et des possibilités d'évolutions : le métier visé est-il présent dans le bassin de l'emploi ? Comment allez-vous procéder pour trouver un emploi dans ce nouveau métier ? Dans quel secteur d'activité et dans quel type d'entreprise (association, autre administration...) pensez-vous l'exercer ? Quelles seront les évolutions possibles ?...

Pour une création d'entreprise : avez-vous réalisé des études préalables (lieu d'installation, études de marché, ...) ? Quel statut envisagez-vous pour la création de votre entreprise, quelles démarches avez-vous effectuées auprès des différents organismes ?

JE SOUSSIGNÉ(E)

autorise en toute connaissance de cause l'ANFH à utiliser mes données personnelles sensibles lorsque cela s'avère nécessaire dans le cadre du traitement de mon dossier CFP

OUI

NON

FAIT À

SIGNATURE

LE

A06 | FRAIS DE TRANSPORT, D'HÉBERGEMENT ET DE RESTAURATION ET FRAIS ANNEXES

- 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 Territorial.
- **Le dossier sera étudié selon les conditions de votre délégation**, n'hésitez pas à contacter votre délégation pour les obtenir.
- Dans l'éventualité d'un accord de prise en charge, **des justificatifs vont seront demandés pour le remboursement** éventuel de vos frais de transport, d'hébergement et de restauration.

**ATTENTION**  
**SI VOUS NE**  
**REMPISSEZ PAS LA**  
**RUBRIQUE A06,**  
**IL SERA CONSIDÉRÉ**  
**QUE VOUS NE**  
**SOLLICITEZ AUCUNE**  
**PRISE EN CHARGE DE**  
**CES FRAIS.**

Aurez-vous des périodes de stage ?      OUI      NON      LIEU(X) DE STAGE(S) : .....

Si OUI complétez **les renseignements concernant le(s) stage(s) dans les tableaux transport, hébergement et restauration**

**Si le lieu de stage est inconnu, précisez-le et notez que votre demande sera faite ultérieurement**

| TRANSPORT (compléter uniquement le (ou les) moyen(s) de transport utilisés) |  |              |               |
|-----------------------------------------------------------------------------|--|--------------|---------------|
| Vous demandez une prise en charge de vos déplacements                       |  | OUI      NON | JOINDRE DEVIS |

| Renseignez le nombre de jours concernés                                                                                                       | FORMATION                                                       |               | STAGE (si connaissance du lieu) |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|
|                                                                                                                                               | Lieu de départ .....                                            |               | Lieu de départ .....            |               |
|                                                                                                                                               | Lieu d'arrivée .....                                            |               | Lieu d'arrivée .....            |               |
|                                                                                                                                               | Nombre<br><i>(pour la totalité de la durée de la formation)</i> | Prix unitaire | Nombre                          | Prix unitaire |
| Billet SNCF (2e classe) : coût du billet aller-retour plein tarif                                                                             |                                                                 |               |                                 |               |
| Abonnement hebdomadaire                                                                                                                       |                                                                 |               |                                 |               |
| Abonnement mensuel                                                                                                                            |                                                                 |               |                                 |               |
| Autres (à préciser)                                                                                                                           |                                                                 |               |                                 |               |
| Avion (pour DOM-TOM - Corse - base économique)                                                                                                |                                                                 |               |                                 |               |
| Bateau (pour Corse...)                                                                                                                        |                                                                 |               |                                 |               |
| Véhicule personnel nombre de kms pour un aller-retour (Attention : le remboursement se fait sur la base du tarif kilométrique SNCF 2e classe) |                                                                 |               |                                 |               |

**REMARQUE IMPORTANTE** Si vous êtes contraint, faute de transport en commun, d'utiliser votre véhicule personnel, il vous appartient de souscrire une attestation d'assurance garantissant d'une manière illimitée, votre responsabilité personnelle, ou bien une attestation par laquelle vous reconnaissez être votre propre assureur.

CADRE RÉSERVÉ

| HÉBERGEMENT                                        |  |              |               |
|----------------------------------------------------|--|--------------|---------------|
| Vous demandez une prise en charge d'un hébergement |  | OUI      NON | JOINDRE DEVIS |

| Renseignez le nombre de jours concernés                   | FORMATION            |                                                      | STAGE (si connaissance du lieu) |                                                      |
|-----------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------|
|                                                           | Lieu de départ ..... |                                                      | Lieu de départ .....            |                                                      |
|                                                           | Lieu d'arrivée ..... |                                                      | Lieu d'arrivée .....            |                                                      |
|                                                           | Nombre               | Prix unitaire de la nuitée /Montant du Loyer Mensuel | Nombre                          | Prix unitaire de la nuitée /Montant du Loyer Mensuel |
| En centre d'hébergement (nbre de nuitées)                 |                      |                                                      |                                 |                                                      |
| Hors centre hébergement (hôtel-gîte...) (nbre de nuitées) |                      |                                                      |                                 |                                                      |
| Location en cas de double résidence (nbre de mois)        |                      |                                                      |                                 |                                                      |

CADRE RÉSERVÉ

## RESTAURATION

| Vous demandez une prise en charge de repas                                                        |                | OUI          | NON                                            | JOINDRE DEVIS |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------|------------------------------------------------|---------------|-----|
| Avez-vous la possibilité de prendre vos repas dans un restaurant administratif ou universitaire ? |                |              |                                                | OUI           | NON |
| Si OUI                                                                                            | MIDI seulement | MIDI ET SOIR | COÛT DU REPAS DANS CE RESTAURANT ADMINISTRATIF |               | €   |
| SINON, TARIF À PRENDRE EN COMPTE (PLAFONNÉ SELON RÈGLE FONCTION PUBLIQUE)                         |                |              |                                                |               | €   |

| Renseignez le nombre de jours concernés | FORMATION |               | STAGE (si connaissance du lieu) |               |
|-----------------------------------------|-----------|---------------|---------------------------------|---------------|
|                                         | Lieu      |               | Lieu                            |               |
|                                         | Nombre    | Prix unitaire | Nombre                          | Prix unitaire |
| MIDI                                    |           |               |                                 |               |
| SOIR                                    |           |               |                                 |               |

**FRAIS ANNEXES** La prise en charge se fera **exclusivement sur présentation de justificatifs**. Cette prise en charge n'est **pas systématique** et est laissée à l'appréciation du Comité Territorial (CT) de la délégation ANFH. (Frais annexes : demande de matériel spécifique en lien avec la formation (exemple: mallette de cuisine ou outillage spécifique), fournir attestation de l'organisme de formation et devis préalable).

PRÉCISER LA NATURE ET LE COÛT :

## A 07 | CATÉGORIES D'AGENTS OUVRANT DROIT À DES AJUSTEMENTS

(Article L. 422-3 du code général de la fonction publique ciblé par le décret du 22 juillet 2022)

Les catégories d'agents faisant partie de l'Article L. 422-3 du code général de la fonction publique ciblé par le décret du 22 juillet 2022 peuvent bénéficier de 5 ans de CFP dont 2 ans rémunérés.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| agents appartenant à un corps ou à un cadre d'emplois de catégorie C ou agent contractuel qui occupe un emploi de niveau de catégorie C, et qui n'a pas atteint un niveau de formation sanctionné par un diplôme ou un titre professionnel correspondant à un niveau IV (infra bac) | Justificatif afférent à fournir   |
| agents publics en situation de handicap mentionnés à l'article L. 131-8 CGFP (publics bénéficiant de l'obligation d'emploi instituée par l'article L. 5212-2 du code du travail)                                                                                                    | Justificatif RQTH                 |
| agents pour lesquels il est constaté, après avis du médecin du travail compétent, qu'ils sont particulièrement exposés, compte tenu de leur situation professionnelle individuelle, à un risque d'usure professionnelle                                                             | Attestation du médecin du travail |

## A 08 | ATTESTATION SUR L'HONNEUR

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.

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

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

Les informations collectées par l'ANFH, directement auprès de vous via ce formulaire, font l'objet d'un traitement de données ayant pour finalité la gestion de votre demande de prise en charge financière de votre congé CFP. Le traitement est fondé sur l'intérêt légitime de l'ANFH de réaliser son activité en tant que gestionnaire du dispositif CFP (Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 ; Décret n°2006-1685 du 22 décembre 2006 version en vigueur). 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 et 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 pouvez, pour des motifs tenant à votre situation particulière, vous opposer à tout moment au traitement des données vous concernant. 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 du DPD [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 CONGÉ DE FORMATION PROFESSIONNELLE (CFP)

# B

À COMPLÉTER PAR L'ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR

## B 01 | L'ÉTABLISSEMENT

|                   |           |
|-------------------|-----------|
| NOM               |           |
| ADRESSE           |           |
| CODE POSTAL       | COMMUNE   |
| TÉLÉPHONE         | E-MAIL    |
| DOSSIER SUIVI PAR | TÉLÉPHONE |

## B 02 | AUTORISE L'AGENT

|                                                       |             |               |             |           |   |     |   |
|-------------------------------------------------------|-------------|---------------|-------------|-----------|---|-----|---|
| NOM                                                   | PRÉNOM      |               |             |           |   |     |   |
| NOM DE NAISSANCE                                      | GRADE       |               |             |           |   |     |   |
| MÉTIER                                                | 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 |             |           |   | (%) |   |

### Ancienneté au sein de la FPH (minimum 3 ans)

|        |                                    |
|--------|------------------------------------|
| ANNÉES | (MOIS) 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

| INTITULÉ DES FORMATIONS DÉJÀ SUIVIES EN CFP<br>(y compris Bilan de compétences et VAE) | RÉGION DE L'ÉTABLISSEMENT<br>EMPLOYEUR | NB DE JOURS | ANNÉE | INDEMNISÉ (oui / non) |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------|-------|-----------------------|
|                                                                                        |                                        |             |       |                       |
|                                                                                        |                                        |             |       |                       |
|                                                                                        |                                        |             |       |                       |

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

|                           |                                                                                            |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| INTITULÉ                  |                                                                                            |
| ORGANISME DE FORMATION    |                                                                                            |
| DATE DE DÉBUT             | DATE DE FIN                                                                                |
| DURÉE TOTALE DE L'ABSENCE | JOURS (NOMBRE DE JOURS D'ABSENCES AUTORISÉS POURS COURS, STAGE, EXAMEN, TRAVAIL PERSONNEL) |

## B 04 | DURÉE DU CFP

S'agit-il d'une formation (cocher la case) :

EN DISCONTINU, l'agent est absent partiellement quelques jours par semaine ou par mois

EN CONTINU, l'agent est complètement absent de l'établissement sauf éventuelles périodes d'interruption

L'autorisation d'absence pour formation peut inclure des périodes de cours, stage, examen et travail personnel.

En fonction des périodes pour lesquelles vous accordez l'absence, indiquer dans le tableau ci-dessous, le nombre de jour réels d'absence autorisés par mois (hors RH). «

|                      |     | mois |     |     |     |     |     |      |     |     |     |     |     | TOTAL         | Dont COURS | Dont STAGE | Dont EXAMEN | Dont TRAV PERS. |
|----------------------|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|---------------|------------|------------|-------------|-----------------|
|                      |     | JAN  | FEV | MAR | AVR | MAI | JUI | JUIL | AOU | SEP | OCT | NOV | DEC |               |            |            |             |                 |
| année                | 20_ |      |     |     |     |     |     |      |     |     |     |     |     |               |            |            |             |                 |
|                      | 20_ |      |     |     |     |     |     |      |     |     |     |     |     |               |            |            |             |                 |
|                      | 20_ |      |     |     |     |     |     |      |     |     |     |     |     |               |            |            |             |                 |
|                      | 20_ |      |     |     |     |     |     |      |     |     |     |     |     |               |            |            |             |                 |
|                      | 20_ |      |     |     |     |     |     |      |     |     |     |     |     |               |            |            |             |                 |
|                      | 20_ |      |     |     |     |     |     |      |     |     |     |     |     |               |            |            |             |                 |
| Obligatoire en jours |     |      |     |     |     |     |     |      |     |     |     |     |     | TOTAL GÉNÉRAL |            |            |             |                 |

**REMARQUE:** le nombre de 30ème à prendre en compte pour le calcul du remboursement du salaire est (nombre de jours réels \* 1.4) :

**TOTAL TABLEAU B04 \* 1,4 =** .....

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.»

## B 05 | ATTESTATION DE NON INSCRIPTION DE L'ACTION DE FORMATION DEMANDÉE AU TITRE DU PLAN DE FORMATION

**LE DIRECTEUR SOUSSIGNÉ CERTIFIE (COCHER LA CASE) A compléter obligatoirement**

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 À L'ÉTABLISSEMENT MAIS REFUSÉE

QUE LA FORMATION SOLLICITÉE À TITRE INDIVIDUEL N'A PAS ÉTÉ DEMANDÉE AU TITRE DU PLAN DE FORMATION

**Dans le cas où la formation vise un métier de la fonction publique hospitalière et est diplômante/certifiante.**

**LE DIRECTEUR SOUSSIGNÉ CERTIFIE**

■ avoir refusé la prise en charge pour le motif suivant (cocher la case)

IL N'Y A PAS DE POSTE VACANT CORRESPONDANT AU POSTE ENVISAGÉ

LA FONCTION N'EXISTE PAS DANS L'ÉTABLISSEMENT

NE PAS AVOIR FORMULÉ DE DEMANDE EN PARALLÈLE SUR LES AUTRES FONDS MUTUALISÉS DE L'ANFH (FMFP,...)

Précisez

AUTRE (Précisez)

■ 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.

**B 06 | INFORMATIONS NÉCESSAIRES AU CALCUL DE L'INDEMNITE AU MOMENT DE LA MISE EN CFP**

|                                                                                   |                        |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------------|
| STATUT (cocher la case)                                                           | TITULAIRE OU STAGIAIRE | CONTRACTUEL         |
| INDICE MAJORÉ                                                                     | TEMPS DE TRAVAIL       | %                   |
| INDEMNITÉ DE RÉSIDENCE                                                            | €                      | SUPPLÉMENT FAMILIAL |
|                                                                                   |                        | €                   |
| 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****B 07 | LE DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT**

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

Les informations collectées par l'ANFH, directement auprès de vous via ce formulaire, font l'objet d'un traitement de données ayant pour finalité la gestion de votre demande de prise en charge financière de votre congé CFP. Le traitement est fondé sur l'intérêt légitime de l'ANFH de réaliser son activité en tant que gestionnaire du dispositif CFP (Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 ; Décret n°2006-1685 du 22 décembre 2006 version en vigueur). 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 et 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 pouvez, pour des motifs tenant à votre situation particulière, vous opposer à tout moment au traitement des données vous concernant. 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 du DPD [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.

# DEMANDE DE PRISE EN CHARGE CONGÉ DE FORMATION PROFESSIONNELLE (CFP)

C

## À COMPLÉTER PAR L'ORGANISME DE FORMATION

Pour pouvoir être financée la formation doit être dispensée par un organisme datadocké ou certifié Qualiopi.

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

ADRESSE DE CORRESPONDANCE (à compléter si besoin)

CODE POSTAL

VILLE

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

N° DE SIRET (obligatoire)

L'ORGANISME EST :

RÉFÉRENCÉ DATADOCK

Date de validation Datadock :

CERTIFIÉ QUALIOPi

Certificateur ou instance de labellisation :

Numéro du certificat :

Date de début de validité de certification :

date de fin :

STATUT JURIDIQUE

DOSSIER SUIVI PAR

TÉLÉPHONE

E-MAIL

#### ATTENTION

JOINDRE  
OBLIGATOIREMENT  
LE CERTIFICAT EN  
CAS DE  
CERTIFICATION  
QUALIOPi

### C02 | DESCRIPTIF DE LA FORMATION

INTITULÉ

LIEU(X) DE FORMATION

#### ATTENTION

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

OBJECTIFS DE LA (DES) FORMATION(S) - **JOINDRE LE PROGRAMME DÉTAILLÉ**

C03 | CONDITIONS D'ADMISSION DU CANDIDAT (COCHER LES CASES)

|                            |                         |               |
|----------------------------|-------------------------|---------------|
| CONTRÔLE DES CONNAISSANCES | ADMISSION PAR ENTRETIEN |               |
| CONCOURS                   | ADMISSION SUR DOSSIER   | BILAN OU TEST |
| AUCUNE CONDITION           | AUTRES                  |               |

DÉCISION D'ADMISSION

|            |                             |
|------------|-----------------------------|
| ADMIS      | DATE D'ADMISSION            |
| EN ATTENTE | DATE PROBABLE DES RÉSULTATS |

Merci de communiquer ces résultats dès que possible à l'ANFH.

C04 | SANCTION DE LA FORMATION (COCHER LES CASES)

01    DIPLÔME DÉLIVRÉ PAR UN MINISTÈRE OU CERTIFICATION PROFESSIONNELLE INSCRITE AU RNCP (répertoire national des certifications professionnelles),  
SOUS LE NUMÉRO : \_\_\_\_\_ DATE D'EXPIRATION : \_\_\_\_\_  
Précisez l'intitulé du diplôme/titre/certification : \_\_\_\_\_

02    FORMATION CERTIFIANTE RECONNUE PAR UN SECTEUR OU BRANCHE (exemple : titre ou CQP (Certificat de qualification professionnelle)) :

03    AUTRE OU ABSENCE DE SANCTION OU SANS NIVEAU SPÉCIFIQUE :

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

01    NIVEAU 1 : SAVOIRS DE BASE

02    NIVEAU 2 : 1ER NIVEAU DE MAÎTRISE DE COMPÉTENCES RELATIVES À L'EXERCICE D'UN MÉTIER

03    NIVEAU 3 : CAP (EX NIVEAU V)

04    NIVEAU 4 : BAC (EX NIVEAU IV)

05    NIVEAU 5 : BAC+2, DUT, BTS (EX NIVEAU III)

06    NIVEAU 6 : LICENCE, MASTER 1 (EX NIVEAU II)

07    NIVEAU 7 : MASTER 2 (EX NIVEAU I)

08    NIVEAU 8 : DOCTORAT

SANS NIVEAU SPÉCIFIQUE

C 06 | DÉROULÉ DE LA FORMATION (LE CFP DOIT DURER 10 JOURS MINIMUM)

DATE DE DÉBUT \_\_\_\_\_ DATE DE FIN \_\_\_\_\_

LA FORMATION EST-ELLE **DISPENSÉE EN TOUTE OU PARTIE EN FOAD** ?    OUI    NON

|                           | PRÉSENTIEL | FOAD | TOTAL |
|---------------------------|------------|------|-------|
| NOMBRE DE JOURS DE COURS  |            |      |       |
| NOMBRE DE JOURS D'EXAMENS |            |      |       |
| NOMBRE DE JOURS DE STAGES |            |      |       |
| <b>TOTAL</b>              |            |      |       |

Obligatoire en jours

LA FORMATION NÉCESSITE-T-ELLE DES **JOURS DE TRAVAIL PERSONNEL**    OUI    NON  
(ex : révision, rédaction de mémoire..) en dehors des jours de formation **(à remplir uniquement si nécessite une absence sur temps de travail)** ?

SI OUI PRÉCISEZ LA NATURE DES TRAVAUX DEMANDÉS DANS LE CADRE DU TRAVAIL PERSONNEL :

LE TEMPS DE TRAVAIL PERSONNEL NÉCESSAIRE    NBRE HEURES    soit    NBRE JOURS

**DOCUMENT À JOINDRE POUR LA FOAD : protocole individuel précisant la nature des travaux demandés aux stagiaires et le temps estimé pour les réaliser, les modalités de suivi et d'évaluation spécifiques aux séquences en FOAD, les moyens d'organisation, d'accompagnement ou d'assistance, pédagogiques et techniques, mis à disposition du stagiaire.**

C 07 | RYTHME DE LA FORMATION

Indiquer impérativement les **PÉRIODES D'INTERRUPTION** de la formation :

RÉPARTITION HEBDOMADAIRE

Nb d'heures de formations par semaine :

| JOURS              | L | M | M | J | V | S | D |
|--------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| HORAIRE MATIN      |   |   |   |   |   |   |   |
| HORAIRE APRÈS-MIDI |   |   |   |   |   |   |   |
| TOTAL HEURES/JOUR  |   |   |   |   |   |   |   |

Joindre le calendrier détaillé de la formation (incluant cours, stage, FOAD, Examen, travail personnel) ou compléter le tableau suivant :

|                                                        |     | mois |     |     |     |     |     |      |     |     |     |     |     | TOTAL         | Dont COURS | Dont STAGE | Dont EXAMEN | Dont TRAV PERS. |
|--------------------------------------------------------|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|---------------|------------|------------|-------------|-----------------|
|                                                        |     | JAN  | FEV | MAR | AVR | MAI | JUI | JUIL | AOU | SEP | OCT | NOV | DEC |               |            |            |             |                 |
| année                                                  | 20_ |      |     |     |     |     |     |      |     |     |     |     |     |               |            |            |             |                 |
|                                                        | 20_ |      |     |     |     |     |     |      |     |     |     |     |     |               |            |            |             |                 |
|                                                        | 20_ |      |     |     |     |     |     |      |     |     |     |     |     |               |            |            |             |                 |
|                                                        | 20_ |      |     |     |     |     |     |      |     |     |     |     |     |               |            |            |             |                 |
|                                                        | 20_ |      |     |     |     |     |     |      |     |     |     |     |     |               |            |            |             |                 |
|                                                        | 20_ |      |     |     |     |     |     |      |     |     |     |     |     |               |            |            |             |                 |
| Obligatoire en jours si journée de 7h, sinon en heures |     |      |     |     |     |     |     |      |     |     |     |     |     | TOTAL GÉNÉRAL |            |            |             |                 |

C 08 | COÛT INDIVIDUEL VALANT DEVIS

COÛT DE FORMATION € et coût horaire : €/h

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).

|                                                                         | DATE DE DÉBUT |    | DATE DE FIN |       |
|-------------------------------------------------------------------------|---------------|----|-------------|-------|
| 1 <sup>ÈRE</sup> ANNÉE DE FORMATION OU CYCLE DE FORMATION               |               | ou |             | € TTC |
| 2 <sup>ÈME</sup> ANNÉE DE FORMATION OU CYCLE DE FORMATION               |               |    |             | € TTC |
| 3 <sup>ÈME</sup> ANNÉE DE FORMATION OU CYCLE DE FORMATION               |               |    |             | € TTC |
| 4 <sup>ÈME</sup> ANNÉE DE FORMATION OU CYCLE DE FORMATION               |               |    |             | € TTC |
| COÛT TOTAL DE LA FORMATION                                              |               |    |             | € TTC |
| AUTRES COÛTS (non compris dans total formation), à détailler ci-dessous |               |    |             |       |
| inscription                                                             |               |    |             | € TTC |
| Documentation (joindre une liste)                                       |               |    |             | € TTC |
| Matériel (joindre une liste)                                            |               |    |             | € TTC |
| SOUS-COÛT TOTAL DE LA FORMATION :                                       |               |    |             | € TTC |

C 09 | HÉBERGEMENT – REPAS

L'agent aura-t-il la possibilité de

BÉNÉFICIER D'UN HÉBERGEMENT RATTACHÉ À L'ORGANISME DE FORMATION Précisez le coût unitaire:

PRENDRE SES REPAS DANS UN RESTAURANT ADMINISTRATIF OU UNIVERSITAIRE : MIDI SOIR Précisez le coût unitaire:

## IMPORTANT

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 DEVIS FERME ET DÉFINITIF INDICANT LE 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 INDICUÉS CI-DESSUS.

NOM

FONCTION

TÉLÉPHONE

POSTE

FAIT À

LE

SIGNATURE

CACHET DE L'ORGANISME

Les informations collectées par l'ANFH, directement auprès de vous via ce formulaire, font l'objet d'un traitement de données ayant pour finalité la gestion de votre demande de prise en charge financière de votre congé CFP. Le traitement est fondé sur l'intérêt légitime de l'ANFH de réaliser son activité en tant que gestionnaire du dispositif CFP (Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 ; Décret n°2006-1685 du 22 décembre 2006 version en vigueur). 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 et 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 pouvez, pour des motifs tenant à votre situation particulière, vous opposer à tout moment au traitement des données vous concernant. 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 du DPD [protectiondesdonnees@anf.fr](mailto:protectiondesdonnees@anf.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'organisme de formation 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 Cournon 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-Lecanuet  
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