

CONTRATS AIDES DEMANDE DE PRISE EN CHARGE A COMPLETER PAR L'ETABLISSEMENT EMPLOYEUR

ÉTABLISSEMENT

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR :

CODE ÉTABLISSEMENT : STATUT : Sanitaire Social Médico-Social

PERSONNE A CONTACTER : Fonction :

Téléphone : E-Mail :

AGENT EN CONTRAT AIDE

NOM – PRENOM : GENRE : FEMININ MASCULIN

INTITULE DU POSTE :

DATE DE DEBUT DU CONTRAT : DATE DE FIN DE CONTRAT :

TUTEUR

NOM – PRENOM :

GRADE ET INTITULE DU POSTE :

FORMATION

INTITULE DE LA FORMATION :

ORGANISME..... LIEU DE LA FORMATION :

NUMERO DE SIRET : NUMERO DECLARATION D'ACTIVITE :

NUMERO DATADOCK :

DATE DE DEBUT DE FORMATION..... DATE DE FIN DE FORMATION :

FRAIS

COUT	PEDAGOGIE	DEPLACEMENT/HEBERGEMENT	TRAITEMENT SI DIPLOMANT	TOTAL
2020				
2021				
2022				
2023				

A TRANSMETTRE

- ➔ Copie du contrat de travail + CERFA
- ➔ Copie du dernier bulletin de salaire
- ➔ Convention de formation ou devis

RAPPEL DE PRISE EN CHARGE :

- ➔ PEDAGOGIE ET DEPLACEMENT
- ➔ TRAITEMENT SI FORMATIONS DIPLOMANTES
- ➔ FORMATIONS ELIGIBLES :
 - Remise à niveau
 - Préparation concours
 - Formations qualifiante, certifiante et diplômante

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