

# DEMANDE DE PRISE EN CHARGE : REMISE A NIVEAU ET PREPARATION CONCOURS

FONDS REGIONAUX ANFH

## ÉTABLISSEMENT

NOM ETABLISSEMENT : .....

Non du contact : ..... Fonction : .....

Téléphone : ..... Mail : .....

## AGENT

NOM – PRENOM : .....

Grade : .....

**Priorité  
N°**

## FORMATION

INTITULE DE LA FORMATION : .....

ORGANISME .....

LIEU DE LA FORMATION : ..... DATE CTE : ..... AVIS :  Favorable  Défavorable

DATE DÉBUT DE FORMATION : ..... DATE FIN DE FORMATION : .....

Financement demandé :

Années civiles	Frais pédagogiques	Salaire de l'agent en formation	Déplacement hébergement	COUT TOTAL ANNUEL
2018				
2019				

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.

**A JOINDRE :**

1. Dernier bulletin de salaire
2. Convention de formation ou devis

Fait à : ..... le :

Le Directeur de l'établissement :

Signature

Cachet de l'établissement