

FORMATION DIPLOMANTE, CERTIFIANTE ET QUALIFIANTE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE - A COMPLETER PAR L'ETABLISSEMENT EMPLOYEUR

ÉTABLISSEMENT

NOM DE L'ETABLISSEMENT EMPLOYEUR : CODE ETABLISSEMENT :
 PERSONNE A CONTACTER : Fonction :
 Téléphone : E-Mail :

AGENT

NOM – PRENOM : GENRE : FEMININ MASCULIN
 METIER EXERCE : GRADE :
 FILIERE : TECHNIQUE OUVRIERE SOCIALE ADMINISTRATIVE SOIGNANTE



FORMATION

INTITULE DE LA FORMATION :
 ORGANISME LIEU DE LA FORMATION :
 NUMERO DE SIRET : NUMERO DECLARATION D'ACTIVITE :
 DATE DE DEBUT DE FORMATION DATE DE FIN DE FORMATION :
 DATE DE CTE : AVIS CTE : FAVORABLE DEFAVORABLE

PROJET PROFESSIONNEL (QUE VA PERMETTRE L'OBTENTION DU DIPLOME ?)

.....

FRAIS

COUT	PEDAGOGIE	TRAITEMENT	DEPLACEMENT/HEBERGEMENT	TOTAL
2018				
2019				
2020				
2021				

A TRANSMETTRE IMPERATIVEMENT

- ➔ Convention de formation ou devis
- ➔ Dernier bulletin de salaire

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

DATE LIMITE DE RECEPTION DES DOSSIERS

1^{ER} RECENSEMENT : 17 NOVEMBRE 2017

2^{EME} RECENSEMENT : 15 JUIN 2018