

# Demande de Financement exceptionnel et complémentaire au plan de formation hors EP Accompagnement au Développement des Compétences\*

## IDENTIFICATION

Nom établissement : ..... Code établissement : .....

Adresse : .....

C.P : ..... Ville : .....

## CONTACT

Prénom : ..... Nom : .....

Tél : ..... Mél : .....

## BILAN FINANCIER

Montant de l'enveloppe prévisionnelle annuelle du 83% - 2,1% Plan : .....

Montant pluriannuel des dossiers accordés lors des commissions Etudes Promotionnelles :

Décembre N-1 : .....

Juillet N : .....

## PROJET - OBJET DE LA DEMANDE

Montant global du projet : .....

Montant total pris en charge sur le 83% - Plan : .....

Montant frais enseignement : .....

Montant frais déplacement : .....

Montant frais traitement : .....

Montant total complémentaire demandé à l'ANFH : .....

Montant frais enseignement : .....

Montant frais déplacement : .....

Montant frais traitement : .....

\*Sous réserve de fonds mutualisés régionaux disponibles et d'acceptation par les instances régionales de l'ANFH.



Présentation du projet et motivation (amélioration de la QVT, développement des compétences, lien avec le projet de l'établissement, pédagogie innovante, nombre d'agents concernés, bas niveaux de qualification, agents reconnus inaptes ou RQTH,...)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



*Joindre le(s) programme(s) et la(es) convention(s)*

Cachet de l'établissement

Signature du Directeur d'établissement

Date : .....

Cadre réservé à l'ANFH

Demande acceptée

Montant d'attribution CNSA : .....

Demande refusée :

Montant d'attribution FIPH : .....

Montant d'attribution 4% : .....

Motif du refus : .....

.....



**N'hésitez pas à solliciter votre Conseillère en Gestion de Fonds pour vous aider à compléter votre demande.**