

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)

N° SÉCURITÉ SOCIALE

(10 premiers chiffres)

Co-financement FIPHFP : êtes-vous en situation de handicap? OUI NON

Si oui, veuillez remplir l'Attestation d'éligibilité pour les formations des agents handicapés (merci de vous reporter à la rubrique A09)

A 02 | SITUATION PROFESSIONNELLE

NOM DE VOTRE ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR

ANCIENNETÉ DANS LA FPH

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

ENTOUREZ LES DIPLÔMES OBTENUS

INDIQUEZ LA OU LES SPÉCIALITÉS

INDIQUEZ LA OU LES SPÉCIALITÉS

MASTER 2 DOCTORAT – INGÉNIEUR

BP – BAC – BT

LICENCE – MASTER 1

BEP – CAP – CFPA

BTS – DUT – DEUST

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

A 05 | 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

A 06 | EXPOSÉ DÉTAILLÉ DE VOTRE PROJET PROFESSIONNEL (COMPLÉTER LA FICHE A06 obligatoire)

A 07 | FRAIS DE TRANSPORT, D'HÉBERGEMENT ET DE RESTAURATION

■ 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.

ATTENTION

SI VOUS NE REMPLISSEZ PAS LA RUBRIQUE **A07**, IL SERA CONSIDÉRÉ QUE VOUS NE SOLICITEZ AUCUNE PRISE EN CHARGE DE CES FRAIS.

TRANSPORT (compléter uniquement le (ou les) moyen(s) de transport utilisés)

LIEU DE DÉPART

LIEU D'ARRIVÉE

NOMBRE D'ALLER-RETOUR ENVISAGÉ PENDANT LA PÉRIODE INDEMNISÉE

SNCF (2^e CLASSE) : COÛT DU BILLET ALLER-RETOUR PLEIN TARIF

€

SI ABONNEMENT, PRÉCISER LE COÛT :

ABONNEMENT HEBDOMADAIRE

€

ABONNEMENT MENSUEL

€

AUTRES (À PRÉCISER)

VÉHICULE PERSONNEL NOMBRE DE KMS POUR UN ALLER-RETOUR

(Attention : le remboursement se fait sur la base du tarif kilométrique SNCF 2^e classe)

km

AVION (pour DOM-TOM - base économique)

€

REMARQUE IMPORTANTE Si vous êtes contraint, faute de transport en commun, d'utiliser votre véhicule personnel, il vous appartient de faire établir, un ordre de mission à la direction de votre établissement, précisant les périodes de déplacement et une attestation d'assurance garantissant d'une manière illimitée, votre responsabilité personnelle, ou bien une attestation par laquelle vous reconnaissez être votre propre assureur (cf art. 33 du décret n° 92-566 du 25/05/92).

Aurez-vous des périodes de stage ? OUI NON

LIEU DE STAGE :

HÉBERGEMENT

EN CENTRE D'HÉBERGEMENT (FONCTIONNANT SOUS LE CONTRÔLE DE L'ADMINISTRATION)

HORS CENTRE D'HÉBERGEMENT (HÔTEL, GÎTES...)

NB DE NUITÉES

COÛT DE LA NUITÉE

€

LOCATION (EN CAS DE DOUBLE RÉSIDENCE)

NB DE MOIS

MONTANT DU LOYER MENSUEL

€

RESTAURATION

MIDI NB DE REPAS

SOIR NB DE REPAS

Avez-vous la possibilité de prendre vos repas dans un restaurant administratif ou universitaire ?

OUI (MIDI SEULEMENT /MIDI ET SOIR) NON

COÛT DU REPAS DANS CE RESTAURANT ADMINISTRATIF

€

SINON, TARIF À PRENDRE EN COMPTE (PLAFONNÉ SELON RÈGLE FONCTION PUBLIQUE)

€

FRAIS ANNEXES (SUR JUSTIFICATIFS) Cette prise en charge n'est pas systématique et est laissée à l'appréciation du Comité Territorial (CT) de la délégation ANFH.

PRÉCISER LA NATURE ET LE COÛT :

CADRE RÉSERVÉ

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 entraînera 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

L'intéressé(e) a fourni librement ces informations. Il peut y accéder et les faire rectifier. L'ANFH s'engage à les protéger contre toute divulgation n'ayant pas fait l'objet d'une autorisation (art 27 et 29 - loi du 6/01/78 informatique et libertés).

ATTENTION

TOUT RÉSULTAT D'ADMISSION OU DE REFUS DE LA PART DE L'ORGANISME DE FORMATION DEVRA ÊTRE COMMUNIQUÉ DANS LES MEILLEURS DÉLAIS

JE SOUSSIGNÉ(E)

Agent de l'établissement

Atteste détenir les pièces justificatives obligatoires d'éligibilité.

FAIT À

LE

SIGNATURE

ATTENTION
 JOINDRE UNE COPIE DE
 LA NOTIFICATION DE
 D'ÉLIGIBILITÉ DANS LE
 CADRE DU FIPHFP

Bénéficiaire du financement de l'action de formation liée à la reconversion, conformément au décret n°2006-501 du 3 mai 2006 relatif au fonds pour l'insertion des personnes en situation de handicap dans la fonction publique. L'agent tient à disposition de l'ANFH, les pièces justificatives attestant de son appartenance à l'une des catégories de bénéficiaires mentionnées ci-dessous. En cas de contrôle, nous serions amenés à vous demander les pièces justifiant de votre situation.

LISTE DES BÉNÉFICIAIRES ÉLIGIBLES AU CO-FINANCEMENT FIPHFP/ANFH DES ACTIONS DE FORMATION

Les travailleurs, reconnus handicapés par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes en situation de handicap mentionnées à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles.

Les victimes d'accident du travail ou de maladies professionnelles ayant entraîné une incapacité permanente au moins égal à 10p 100 et titulaires d'une rente attribuée au titre du régime général de sécurité sociale ou de tout autre régime de protection obligatoire.

Les titulaires d'une pension d'invalidité attribuée au titre du régime général de sécurité sociale, de tout autre régime de protection obligatoire ou au titre des dispositions régissant les agents publics à condition que l'invalidité des intéressés réduise au moins des deux tiers leur capacité de travail ou de gain ;

Les bénéficiaires mentionnés à l'article L.394 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre ;

Les titulaires d'une allocation ou d'une rente d'invalidité attribuée dans les conditions définies par la loi n°91-1389 du 31 décembre 1991 relative à la protection sociale des sapeurs-pompiers volontaires en cas d'accident survenu ou de maladie contractée en service ;

Les titulaires de la carte d'invalidité définie à l'article L.241-3 du code de l'action sociale et des familles ;

Les titulaires de l'allocation aux adultes handicapés ;

Les agents qui ont été reclassés en application de l'article 63 de la loi n°84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État, des articles 81 à 85 de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale ou des articles 71 à 75 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 ;

Les agents qui bénéficient d'une allocation temporaire d'invalidité en application de l'article 65 de la loi n°84-16 du 11 janvier 1984 précitée, de l'article L.417_8 du code des communes, du paragraphe III de l'article 119 de la loi N°84-53 du 26 janvier 1984 précitée ou de l'article 80 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 précitée ; Tout agent ne possédant pas l'une de ces qualités mais ayant été reconnu inapte à l'exercice de ses fonctions par le comité médical et pour lequel un maintien dans l'emploi est proposé par le médecin du travail ou de prévention au moyen d'une adaptation du poste de travail.

EXPOSÉ DÉTAILLÉ DE VOTRE PROJET PROFESSIONNEL

ATTENTION - À COMPLÉTER DE PRÉFÉRENCE ÉLECTRONIQUEMENT

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**

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.

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 ?

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

EFFECTIF RÉMUNÉRÉ AU 31.12.20__

SOIT EN ÉQUIVALENT PLEIN

DOSSIER SUIVI PAR

TÉLÉPHONE

POSTE

B 02 | AUTORISE L'AGENT

NOM

PRÉNOM

NOM DE NAISSANCE

GRADE

FONCTION

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), c'est à dire dans les établissements énumérés à l'article 2 de la loi du 09/01/1986

ANNÉES

(MOIS) APPRÉCIÉ 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
(y compris Bilan de compétences et VAE)

RÉGION DE L'ÉTABLISSEMENT
EMPLOYEUR

NB DE JOURS

ANNÉE

INDEMNISÉ (oui / non)

Votre agent relève-t-il du régime de co-financement FIPHFP-ANFH ? (cocher la case) OUI NON

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

INTITULÉ

ORGANISME DE FORMATION

DATE DE DÉBUT

DATE DE FIN

DURÉE TOTALE ⁽¹⁾ HORS RH

(1) JOURS DE FORMATION THÉORIQUE ET STAGES PRATIQUES, NOMBRE DE JOURS GLOBAL INCLUANT STAGES, EXAMEN...

B 04 | DÉTAIL DES JOURS À INDEMNISER

Dans le cas d'une formation (cocher la case)

EN DISCONTINU, LES REPOS HEBDOMADAIRES (RH) ET JOURS FÉRIÉS DOIVENT ÊTRE INCLUS AU PRORATA DE LA DURÉE TOTALE D'ABSENCE

EN CONTINU: EXCLURE LES CONGÉS ANNUELS, S'ILS SONT PRIS DANS LA PÉRIODE DU CFP

année	20_	mois												A total de 1 à 12	B = A x 0,4 nb de RH à inclure*	C total de A + B
		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12			
	20_															
	20_															
	20_															
	20_															
	20_															

* Uniquement dans le cadre des formations discontinues

Points importants : l'unité minimale de décompte est la demi-journée / chaque mois complet comptabilise 30 trentièmes.

B 05 | ET DEMANDERA, SOUS RÉSERVE DE L'ACCORD DU COMITÉ DE GESTION DU CFP, LE REMBOURSEMENT DE L'INDEMNITÉ FORFAITAIRE

DATE DE DÉBUT

DATE DE FIN

POUR UNE DURÉE DE

jours (1 jour = 1/30ème de mois)

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.

Il sollicitera, en cas d'accord du Comité Territorial (CT), le remboursement de cette indemnité mensuelle forfaitaire pendant la période sus-visée sur présentation d'une attestation mensuelle de présence effective établie par l'organisme formateur.

B 06 | ATTESTATION DE NON INSCRIPTION DE L'ACTION DE FORMATION DEMANDÉE AU TITRE DU PLAN DE FORMATION

LE DIRECTEUR SOUSSIGNÉ CERTIFIE (COCHER LA CASE)

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

B 07 | ÉTUDE PROMOTIONNELLE

■ Dans le cas où la formation envisagée relève de l'arrêté du 23 novembre 2009 fixant la liste des diplômes et certificats du secteur sanitaire et social acquis en fin d'Études promotionnelles.

LE DIRECTEUR SOUSSIGNÉ CERTIFIE

■ avoir refusé la prise en charge au titre des Études promotionnelles pour le motif suivant (cocher la case)

IL N'Y A PAS DE POSTE VACANT DANS LES TROIS ANS CORRESPONDANT À L'ÉTUDE PROMOTIONNELLE ENVISAGÉE

LA FONCTION N'EXISTE PAS DANS L'ÉTABLISSEMENT

Y A-T-IL EU UNE DEMANDE AU TITRE DES FONDS MUTUALISÉS EP ?

AUTRE ⁽¹⁾

(1) S'il s'agit d'un motif d'ordre financier, merci de préciser vos orientations ou vos engagements pour les années à venir en matière d'études promotionnelles.

■ 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 08 | INFORMATIONS NÉCESSAIRES AU CALCUL DE L'INDEMNITÉ (appréciées au moment de la mise en CFP)

INDICE BRUT	INDICE NOUVEAU MAJORÉ		
TRAITEMENT MENSUEL BRUT INDICIAIRE (À L'EXCLUSION DE TOUTE PRIME ET INDEMNITÉ)	A		€
INDEMNITÉ RÉSIDENCE	B		€
	SOUS-TOTAL	C	€
INDEMNITÉ MENSUELLE $D = C \times 85 \%$	D		€
Le montant mensuel «D» de cette indemnité ne peut excéder celui du traitement brut et de l'indemnité de résidence afférents à l'indice brut 650 d'un agent en fonction à Paris			
TRAITEMENT MENSUEL BRUT+INDEMNITÉ DE RÉSIDENCE DE PARIS IB 650 (IM543)	E		€
MONTANT DE L'INDEMNITÉ MENSUELLE $F=D$ SI $D < E$ OU $F=E$ SI $D > E$	F		€
SUPPLÉMENT FAMILIAL	G		€
CHARGES PATRONALES: REPORT DU TOTAL DES CHARGES MENSUELLES CALCULÉES EN B09	H		€
	TOTAL MENSUEL $I=F+G+H$	I	€
	MONTANT DU REMBOURSEMENT $I \times \text{NB DE JOURS}/30$		€

B 09 | DÉTAIL DES CHARGES PATRONALES – TITULAIRE OU STAGIAIRE

Les charges patronales sont uniquement les charges obligatoires versées à l'URSSAF et à la CNRACL ou IRCANTEC selon les taux en vigueur au moment de la prise en charge (circulaire n°DHOS/RH4/2010/57 du 11 février 2010 relative à la mise en œuvre du congé de formation professionnelle des agents de la fonction publique hospitalière).

ATTENTION
JOINDRE UNE
COPIE DU DERNIER
BULLETIN DE SALAIRE

CHARGES PATRONALES MENSUELLES

Calculées sur le traitement brut d'activité et non sur l'indemnité – l'assiette est le dernier traitement indiciaire brut (hors NBI) perçu avant la date du début de congé.

NATURE DE LA CHARGE	ASSIETTE	TAUX	MONTANT
URSAFF – maladie			
URSAFF – prestations familiales			
URSAFF - transport			
URSAFF – solidarité autonomie			
URSAFF – allocation logement plafonnée (pour les établissements dont les effectifs sont supérieurs à 20 agents)			
URSAFF – allocation logement limitée plafond S.S.			
URSAFF - allocation logement au-dessus du plafond S.S.			
CNRAL			
CNRAL – ATI			
FEH			
RAFP			

B 10 | LE DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT

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

L'AGENT A LE STATUT « CONTRACTUEL », VEUILLEZ TOURNER LA PAGE SVP

B 11 | DETAIL DES CHARGES PATRONALES – CONTRACTUEL

Calculées sur l'indemnité majorée du supplément familial pour l'URSSAF = F+G du B08 – calculées sur l'indemnité seule pour l'IRCANTEC = F du B08

ATTENTION
JOINDRE UNE
COPIE DU DERNIER
BULLETIN DE SALAIRE.

NATURE DE LA CHARGE	ASSIETTE	TAUX	MONTANT
URSAFF – maladie			
URSAFF – prestations familiales			
URSAFF - transport			
URSAFF – solidarité autonomie			
URSAFF – allocation logement plafonnée (pour les établissements dont les effectifs sont supérieurs à 20 agents)			
URSAFF – allocation logement limitée plafond S.S.			
URSAFF - allocation logement au-dessus du plafond S.S.			
CNRAL			
CNRAL – ATI			
FEH			
RAFP			

B 12 | LE DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT

FAIT À	LE	NOM DU SIGNATAIRE
CACHET DE L'ÉTABLISSEMENT	SIGNATURE	
<div style="border: 1px dashed black; height: 60px;"></div>	<div style="border: 1px dashed black; height: 60px;"></div>	

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

C

À COMPLÉTER PAR L'ORGANISME DE FORMATION

A partir de 2019, pour pouvoir être financées, les formations dans le cadre de démarches individuelles devront être délivrées par des organismes Datadockés.

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

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

N° DE SIRET (obligatoire)

DATADOCKÉ OUI NON si OUI date de validation Datadock :

STATUT JURIDIQUE

DOSSIER SUIVI PAR

TÉLÉPHONE

E-MAIL

C02 | DESCRIPTIF DE LA FORMATION

INTITULÉ

ATTENTION

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

LIEU(X) DE FORMATION

OBJECTIFS DE LA (DES) FORMATION(S)

C 03 | 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.**C 04 | 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 : _____

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 | DATES (le CFP doit durer 10 jours minimum)

	DATE DE DÉBUT	ou	DATE DE FIN	soit	jours
1 ^{ère} année de formation ou cycle ou module					
2 ^e année de formation ou cycle ou module					
3 ^e année de formation ou cycle ou module					
4 ^e année de formation ou cycle ou module					
			TOTAL		jours
			NOMBRE DE JOURS D'EXAMEN		jours
			NOMBRE DE JOURS (Y COMPRIS EXAMEN)		jours
			NOMBRE DE JOURS D'ENSEIGNEMENT PRATIQUE (STAGE)		jours
			TOTAL GÉNÉRAL		jours

C 07 | RYTHME DE LA FORMATION (joindre calendrier prévisionnel détaillé)

QUELLE DURÉE DE TRAVAIL PERSONNEL ESTIMEZ-VOUS NÉCESSAIRE DE LA PART DU STAGIAIRE : _____ jours/année de formation

- FORMATION EN CONTINU
- FORMATION EN DISCONTINU

NOMBRE DE JOURS/SESSIONS _____

RUBRIQUE OBLIGATOIRE

JOURS	L	M	M	J	V	S	D
HORAIRE MATIN							
HORAIRE APRÈS-MIDI							
TOTAL HEURES/JOUR							
TOTAL HEURES ENSEIGNEMENT/SEMAINE							
PÉRIODES D'INTERRUPTION							

C 08 | RÉPARTITION DES JOURS DE FORMATION PAR MOIS (10 JOURS MINIMUM AU TOTAL)

Indiquer pour chaque mois le nombre de jours, stage(s) et examen(s) compris dans la formation

année		mois												TOTAL
		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	
20_														
20_														
20_														
20_														
20_														
20_														
													TOTAL GÉNÉRAL	

INDIQUER IMPÉRATIVEMENT LES PÉRIODES D'INTERRUPTION DE LA FORMATION PLANIFIÉES PAR L'ORGANISME

C 09 | COÛT INDIVIDUEL VALANT DEVIS

COÛT DE FORMATION

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	ou	DATE DE FIN	€ TTC
1 ^{ÈRE} ANNÉE DE FORMATION OU CYCLE DE FORMATION				
2 ^{ÈME} ANNÉE DE FORMATION OU CYCLE DE FORMATION				
3 ^{ÈME} ANNÉE DE FORMATION OU CYCLE DE FORMATION				
4 ^{ÈME} ANNÉE DE FORMATION OU CYCLE DE FORMATION				
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 10 | HÉBERGEMENT – REPAS

L'agent aura-t-il la possibilité de

- BÉNÉFICIER D'UN HÉBERGEMENT FONCTIONNANT SOUS LE CONTRÔLE DE L'ADMINISTRATION 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 INDIQUANT 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 INDIQUÉS CI-DESSUS.

NOM _____

FONCTION _____

TÉLÉPHONE _____ POSTE _____

FAIT À _____ LE _____

SIGNATURE _____ CACHET DE L'ORGANISME _____