



À COMPLÉTER PAR L'AGENT

LE CONGÉ DE FORMATION PROFESSIONNELLE (CFP)

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

RÉSERVÉ À L'ANFH N°CFP

N°CGR

A 01 | IDENTITÉ (écrire en lettres capitales)

NOM PRÉNOM

NOM DE JEUNE FILLE DATE DE NAISSANCE

ADRESSE

CODE POSTAL COMMUNE

TÉL. PROFESSIONNEL POSTE TÉL. PERSONNEL

E-MAIL

N° SÉCURITÉ SOCIALE (10 premiers chiffres)

Co-financement FIPHP : 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 L'ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR

GRADE FONCTION 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) | NB DE JOURS | ANNÉE | INDEMNISÉ (oui / non) | NON INDEMNISÉ (oui / non) |
|---|-------------|-------|-----------------------|---------------------------|
| | | | | |

A 03 | DIPLÔMES OBTENUS

| Entourez les diplômes obtenus | INDIQUEZ LES SPÉCIALITÉS | SPÉCIALITÉS |
|---------------------------------|--------------------------|---------------------|
| I MASTER 2 DOCTORAT – INGÉNIEUR | | IV BP – BAC – BT |
| II LICENCE – MASTER 1 | | V BEP – CAP – CFPA |
| III BTS – DUT – DEUST | | VI FIN DE SCOLARITÉ |

INTITULÉ DU (DES) DIPLÔME(S) OBTENU(S)

Spécifique aux professions de santé, secteur sanitaire ou social

A 04 | FORMATION DEMANDÉE : JOINDRE LE PROGRAMME DÉTAILLÉ

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 (obligatoire – écriture lisible)

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.

03. Comment avez-vous préparé votre projet ? (10 à 15 lignes maximum) Quelles actions préalables avez-vous réalisées (formations suivies, bilan de compétences, sources d'informations, professionnels rencontrés, recherches effectuées, sollicitation financement employeur,...) ? Avez-vous été accompagné dans ce choix ? Avez-vous évalué la compatibilité de votre projet avec votre vie professionnelle et personnelle (déplacements, charge de travail, rémunération) ?

04. Pourquoi avez-vous choisi cette formation et cet organisme ? (5 lignes maximum) Choix de l'organisme : avez-vous contacté plusieurs organismes de formation ? Pourquoi ce choix (lieu, coût, contenu pédagogique, diplôme ou certificat délivré, lien avec votre projet) ?

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 ?

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 de Gestion Régional.

TRANSPORT

| | |
|--|----------------|
| LIEU DE DÉPART | LIEU D'ARRIVÉE |
| NOMBRE D'ALLER-RETOUR ENVISAGÉ PENDANT LA PÉRIODE INDEMNISÉE | |
| <input type="checkbox"/> SNCF (2 ^E CLASSE) : COÛT DU BILLET ALLER-RETOUR PLEIN TARIF | € |
| SI ABONNEMENT, PRÉCISER LE COÛT : | |
| <input type="checkbox"/> ABONNEMENT HEBDOMADAIRE | € |
| <input type="checkbox"/> ABONNEMENT MENSUEL | € |
| <input type="checkbox"/> 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 |

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).

HÉBERGEMENT

| | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| CETTE FORMATION NÉCESSITE-T-ELLE UN HÉBERGEMENT SUR LE LIEU DE FORMATION ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Si oui, indiquer la forme envisagée : | | |
| <input type="checkbox"/> EN CENTRE D'HÉBERGEMENT (FONCTIONNANT SOUS LE CONTRÔLE DE L'ADMINISTRATION) | | |
| <input type="checkbox"/> HORS CENTRE D'HÉBERGEMENT (HÔTEL, GÎTES...) | NB DE NUITÉES | COÛT DE LA NUITÉE |
| <input type="checkbox"/> LOCATION (EN CAS DE DOUBLE RÉSIDENCE) | NB DE MOIS | MONTANT DU LOYER MENSUEL |

RESTAURATION

| | | | |
|---|------------------------------|-------------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> MIDI | NB DE REPAS | <input type="checkbox"/> SOIR | NB DE REPAS |
| Avez-vous la possibilité de prendre vos repas dans un restaurant administratif ou universitaire ? | | | |
| <input type="checkbox"/> OUI (MIDI SEULEMENT /MIDI ET SOIR) | <input type="checkbox"/> NON | | |
| COÛT DU REPAS DANS CE RESTAURANT ADMINISTRATIF | | | € |
| SINON, TARIF À PRENDRE EN COMPTE (PLAFONNÉ SELON RÈGLE FONCTION PUBLIQUE) | | | € |

A 08 | COÛT DE LA FORMATION (la prise en charge des frais liés à la formation n'est pas systématique)

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.

| | |
|---|---|
| COÛT TOTAL DE LA FORMATION | (voir feuillet organisme de formation C9) |
| FRAIS ANNEXES (SUR JUSTIFICATIFS) Cette prise en charge n'est pas systématique et est laissée à l'appréciation du Comité de gestion régional (CGR) de la délégation ANFH. | |
| PRÉCISER LA NATURE ET LE COÛT : | |

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

CADRE RÉSERVÉ

CADRE RÉSERVÉ

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.

B



À COMPLÉTER PAR L'ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR

LE CONGE DE FORMATION PROFESSIONNELLE (CFP)

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

B 01 | L'ÉTABLISSEMENT

NOM

ADRESSE

CODE POSTAL

COMMUNE

TÉLÉPHONE

TÉLÉCOPIE

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 JEUNE FILLE

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 (%)

Total de la durée des services effectifs effectués par l'agent au sein de la FPH, cad 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

| SI OUI, INTITULÉ DES FORMATIONS DÉJÀ SUIVIES | NB DE JOURS | ANNÉE | INDEMNISÉ (OUI/NON) |
|--|-------------|-------|---------------------|
|--|-------------|-------|---------------------|

Établissement ayant accordé l'absence pour le (ou les) CFP indemnisés (préciser le nom de l'établissement et son département)

Votre agent relève-t-il du régime de co-financement FIPHP-ANFH? (cocher la case) OUI NON
(consulter la liste des bénéficiaires éligibles dans la partie téléchargement www.anfh.fr/le-conge-de-formation-professionnelle-cfp)

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

INTITULÉ

ORGANISME DE FORMATION

DATE DE DÉBUT

DATE DE FIN

DURÉE TOTALE (1)

jours

(1) Inclure la durée de ou des stages pratiques si nécessaire

B 04 | 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 de gestion régional (CGR), 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 05 | 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 | 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
 Important : l'unité minimale de décompte est la demi-journée

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 AU TITRE DU PLAN DE FORMATION DE L'ÉTABLISSEMENT MAIS REFUSÉE AU TITRE DE CE PLAN
 QUE LA FORMATION 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
 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 | DÉTERMINATION DES BASES DE REMBOURSEMENT (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 = A du B08 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'URSAFF = 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 - vieillesse plafonnée | | | |
| URSAFF – vieillesse totalité | | | |
| 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. | | | |
| URSAFF – accident du travail | | | |
| FEH | | | |
| IRCANTEC – tranche A plafonnée | | | |
| IRCANTEC – tranche B au dessus du plafond | | | |

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: 100px;"></div> | <div style="border: 1px dashed black; height: 100px;"></div> | |



À COMPLÉTER PAR L'ORGANISME DE FORMATION

LE CONGÉ DE FORMATION PROFESSIONNELLE (CFP)

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

Ce dossier constitue une demande de financement et non une inscription officielle dans votre centre. Merci de remplir ce dossier avec précision.
A partir de 2019, pour pouvoir être financées, les formations dans le cadre de démarches individuelles devront être délivrées par des organismes Datadockés.

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)

[][] [][] [][][][] [][][][] [][][][]

ETES-VOUS DATADOCKÉ ? (statut examiné positivement sur Datadock) OUI NON

N° D'ENREGISTREMENT DATADOCK [][][][][][][][]

N° DE SIRET (obligatoire) [][][][] [][][][] [][][][] [][][][] [][][][]

STATUT JURIDIQUE

DOSSIER SUIVI PAR

TÉLÉPHONE

FAX

E-MAIL

C02 | DESCRIPTIF DE LA FORMATION

INTITULÉ

LIEU DE LA FORMATION

OBJECTIFS DE LA FORMATION

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

C 03 | CONDITIONS D'ADMISSION DU CANDIDAT (COCHER LES CASES)

| | | |
|---|--|---------------|
| <input type="checkbox"/> CONTRÔLE DES CONNAISSANCES | <input type="checkbox"/> ADMISSION PAR ENTRETIEN | |
| <input type="checkbox"/> CONCOURS | <input type="checkbox"/> ADMISSION SUR DOSSIER | BILAN OU TEST |
| <input type="checkbox"/> AUCUNE CONDITION | <input type="checkbox"/> AUTRES | |

DÉCISION D'ADMISSION

| | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> ADMIS | <input type="checkbox"/> 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) :

Précisez l'intitulé du diplôme/titre/CQP :

02 FORMATION QUALIFIANTE RECONNUE PAR UN SECTEUR OU BRANCHE (CQP : certificat de qualification professionnelle) :

01 AUTRE OU ABSENCE DE SANCTION :

C 05 | NIVEAU VISÉ À L'ISSUE DE LA FORMATION (COCHER LES CASES)

01 NIVEAU 1 : MASTER 2 – DOCTORAT – INGÉNIEUR

02 NIVEAU 2 : LICENCE – MASTER 1

03 NIVEAU 3 : BTS – DUT

04 NIVEAU 4 : BP – BAC TECHNIQUE – BT – BAC GÉNÉRAL

05 NIVEAU 5 : BEP – CAP – BPA

06 NIVEAU IMPOSSIBLE À DÉFINIR

C 06 | DATES (le CFP doit durer 10 jours de formation minimum auxquels s'ajoutent les repos hebdomadaires, soit 14 jours)

| | DATES DE DÉBUT | | DATE DE FIN | | |
|---|----------------|----|-------------|---|-------|
| 1 ^{ère} année de formation ou cycle ou module | | ou | | soit | jours |
| 2 ^e année de formation ou cycle ou module | | ou | | soit | jours |
| 3 ^e année de formation ou cycle ou module | | ou | | soit | jours |
| 4 ^e année de formation ou cycle ou module | | ou | | soit | jours |
| | | | | TOTAL | jours |
| | | | | INCLURE, S'IL Y A LIEU, LE(S) JOUR(S) D'EXAMEN(S) | jours |
| | | | | TOTAL ENSEIGNEMENT THÉORIQUE | jours |
| | | | | TOTAL ENSEIGNEMENT PRATIQUE (STAGE) | jours |

C 07 | RYTHME DE LA FORMATION

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

FORMATION CONTINUE FORMATION EN DISCONTINU

DURÉE DE LA FORMATION (Nombre de jours)

NOMBRE DE SESSIONS

NB DE JOURS/SESSION

STAGE PRATIQUE

NB DE JOURS

LIEU

RUBRIQUE OBLIGATOIRE

| | | | | | | |
|-----------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| JOURS | L | M | M | J | V | S |
| HORAIRE MATIN | | | | | | |
| HORAIRE A-M | | | | | | |
| 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 | 20_ | mois | | | | | | | | | | | | TOTALDE | |
|-------|-----|------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---------|--|
| | | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | | |
| | 20_ | | | | | | | | | | | | | | |
| | 20_ | | | | | | | | | | | | | | |
| | 20_ | | | | | | | | | | | | | | |
| | 20_ | | | | | | | | | | | | | | |
| | 20_ | | | | | | | | | | | | | | |

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).

| | |
|---|-------|
| 1ÈRE ANNÉE DE FORMATION OU CYCLE DE FORMATION | € TTC |
| 2E ANNÉE DE FORMATION OU CYCLE DE FORMATION | € TTC |
| 3E ANNÉE DE FORMATION OU CYCLE DE FORMATION | € TTC |
| 4E ANNÉE DE FORMATION OU CYCLE DE FORMATION | € TTC |
| COÛT TOTAL DE LA FORMATION | € TTC |
| AUTRES COÛTS | |
| inscription | € TTC |
| Documentation | € TTC |
| Matériel | € TTC |
| COÛT HEURE/STAGIAIRE | € 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:

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 montant ferme et définitif du 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 _____