



**Anfh**

Association nationale  
pour la formation permanente  
du personnel hospitalier

DISPOSITIFS INDIVIDUELS

**Validation des  
acquis et de  
l'expérience  
(VAE)**

DEMANDE DE  
PRISE EN  
CHARGE

# À LIRE AVANT DE REMPLIR LA DEMANDE DE FINANCEMENT

La demande de prise en charge est constituée de 3 volets :

**VOLET A** à remplir et à signer par l'agent. Il faut y joindre la notification de recevabilité délivrée par l'organisme certificateur et la copie du dernier bulletin de salaire.

**VOLET B** à remplir par l'établissement employeur.

**VOLET C / CBIS** à remplir par l'organisme prestataire (accompagnement à la démarche VAE ou formation avant jury).

**Le volet C** est à compléter par l'organisme d'accompagnement pour solliciter une prise en charge financière d'un accompagnement méthodologique de 24h maximum pour constituer le livret 2.

**Le volet C bis** est à remplir par l'organisme dispensant la formation (pour certains diplômés).

Tous les renseignements demandés dans le dossier sont indispensables pour instruire la demande de financement.

Un dossier incomplet sera rejeté par le Comité Territorial (CT).

Les 3 volets, dûment remplis doivent parvenir à la délégation territoriale ANFH chargée de l'instruction du dossier sous pli recommandé avec accusé de réception.

Pour toute question, n'hésitez pas à contacter le conseiller en dispositifs individuels de votre délégation territoriale ANFH.

[www.anfh.fr/la-validation-des-acquis-de-l-experience-vae](http://www.anfh.fr/la-validation-des-acquis-de-l-experience-vae)

La VAE permet à un agent de faire reconnaître son expérience (professionnelle ou non) afin d'obtenir tout ou partie d'un diplôme, d'un titre ou d'un certificat professionnel.

À l'instar de la formation initiale et de la formation continue, la VAE est une voie d'accès aux certifications reconnues.

Les livrets 1 et 2, qui servent à prouver les compétences et connaissances acquises par l'expérience, demandent un travail important.

L'organisme choisi par l'agent devra être :

- datadocké ou certifié Qualiopi
- inscrit sur la liste publique des organismes de formation

# DEMANDE DE PRISE EN CHARGE VALIDATION DES ACQUIS DE L'EXPÉRIENCE (VAE)

## À COMPLÉTER PAR L'AGENT

### A 01 | IDENTITÉ (ÉCRIRE EN LETTRES CAPITALES)

NOM	PRÉNOM	
NOM DE JEUNE FILLE	DATE DE NAISSANCE	
ADRESSE		
CODE POSTAL	VILLE	
EMAIL		
TEL. PRO / POSTE	TEL. PERSO	conseillé

### A 02 | SITUATION PROFESSIONNELLE

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR				
GRADE	MÉTIER			
STATUT (cocher la case)	TITULAIRE	STAGIAIRE	CONTRACTUEL(LE)	si CDD, la prestation de doit pas aller au-delà de la fin du contrat en cours

### A 04 | DIPLÔME, TITRE OU CERTIFICAT VISÉ

INTITULÉ			
VOUS SOUHAITEZ OBTENIR UN FINANCEMENT POUR :	DATE DE DÉBUT	DATE DE FIN	DURÉE
Accompagnement de 24h (congé VAE), remplir formulaire C			
Formation facultative (antérieure au passage devant le jury), remplir formulaire Cbis			

### A 05 | RECEVABILITÉ DU LIVRET 1

RECEVABLE	EN ATTENTE DE LA NOTIFICATION DE RECEVABILITÉ (date probable de réception de la notification)
-----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------

### A 06 | FRAIS DE TRANSPORTS, D'HÉBERGEMENT ET DE RESTAURATION

Le droit est ouvert lorsque la formation se déroule hors de la commune du lieu de travail ou hors de celle de la résidence familiale (une commune = une agglomération). **La prise en charge de ces frais n'est pas systématique et est laissée à l'appréciation du Comité Territorial. Consulter les modalités de prise en charge de votre territoire.**

**ATTENTION**  
SI VOUS NE REMPLISSEZ PAS LES RUBRIQUES **A06 ET A07**, IL SERA CONSIDÉRÉ QUE VOUS NE SOLICITEZ AUCUNE PRISE EN CHARGE DE CES FRAIS.

#### ACCOMPAGNEMENT

LIEU DE DÉPART	LIEU D'ARRIVÉE	
NOMBRE D'ALLER-RETOUR ENVISAGÉ PENDANT LA PÉRIODE INDEMNISÉE		
SNCF (2 <sup>e</sup> CLASSE) : COÛT DU BILLET ALLER-RETOUR PLEIN TARIF	€	
VÉHICULE PERSONNEL : NOMBRE DE KMS POUR UN ALLER-RETOUR*	km	
* Attention : le remboursement se fait sur la base du tarif kilométrique SNCF 2 <sup>e</sup> classe		
NOMBRE DE REPAS**	COÛT DU REPAS	€

\*\* Plafonné selon la réglementation en vigueur

#### CADRE RÉSERVÉ

**FORMATION FACULTATIVE** (pour les seuls diplômés du secteur sanitaire et social)**CADRE RÉSERVÉ**

LIEU DE DÉPART	LIEU D'ARRIVÉE	
NOMBRE D'ALLER-RETOUR ENVISAGÉ PENDANT LA PÉRIODE INDEMNISÉE		
SNCF (2 <sup>E</sup> CLASSE) : COÛT DU BILLET ALLER-RETOUR PLEIN TARIF		€
VÉHICULE PERSONNEL : NOMBRE DE KMS POUR UN ALLER-RETOUR*		km
* Attention : le remboursement se fait sur la base du tarif kilométrique SNCF 2 <sup>e</sup> classe		
NOMBRE DE NUITÉES**	COÛT DE LA NUITÉE	€
** En cas de double résidence et plafonnée selon la réglementation en vigueur		
NOMBRE DE REPAS***	COÛT DU REPAS	€
*** Plafonné selon la réglementation en vigueur		

**REMARQUE IMPORTANTE** Si vous êtes contraint, faute de transport en commun, d'utiliser votre véhicule personnel, il vous appartient de souscrire une attestation d'assurance garantissant d'une manière illimitée, votre responsabilité personnelle, ou bien une attestation par laquelle vous reconnaissez être votre propre assureur.

**A 07 | FRAIS ANNEXES - selon modalités territoriales de prise en charge - FOURNIR UN DEVIS**

FRAIS DE DOSSIER	€	DROITS UNIVERSITAIRES	€	FRAIS DE JURY	€
TIMBRES FISCAUX	€	AUTRES (préciser)			€

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 \_\_\_\_\_

**ATTENTION**  
JOINDRE UNE  
COPIE DU  
DERNIER  
BULLETIN DE  
SALAIRE  
ET UNE COPIE DE  
LA NOTIFICATION  
DE RECEVABILITÉ.

Les informations collectées par l'ANFH, directement auprès de vous via ce formulaire, font l'objet d'un traitement de données ayant pour finalité la gestion de votre demande de prise en charge financière de votre congé VAE. Le traitement est fondé sur l'intérêt légitime de l'ANFH de réaliser son activité en tant que gestionnaire du dispositif congé VAE (Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 ; Décret n°2006-1685 du 22 décembre 2006 version en vigueur). L'ensemble des informations sont obligatoires et nécessaires pour analyser votre demande. A défaut, l'ANFH ne sera pas en mesure d'analyser votre dossier. Ces informations sont à destination de personnes habilitées de l'ANFH et des autorités publiques concernées, et seront conservées pendant 10 ans à compter de l'exercice du dernier paiement et 2 ans à compter de l'exercice du refus de financement.

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel, vous disposez des droits suivants sur vos données : droit d'accès, droit de rectification, droit à l'effacement (droit à l'oubli), droit d'opposition, droit à la limitation du traitement, droit à la portabilité. Vous pouvez également définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès. Vous pouvez, pour des motifs tenant à votre situation particulière, vous opposer à tout moment au traitement des données vous concernant. Pour exercer vos droits, merci d'adresser votre courrier RAR au DPD de l'ANFH, 265 Rue de Charenton, 75012 Paris, ou à l'adresse email du DPD [protectiondesdonnees@anh.fr](mailto:protectiondesdonnees@anh.fr). Nous vous recommandons de joindre la copie d'une pièce d'identité.

Sous réserve d'un manquement aux dispositions ci-dessus, vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL ([www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)).

# AUTORISATION D'ABSENCE VALIDATION DES ACQUIS DE L'EXPÉRIENCE (VAE)

# B

À COMPLÉTER PAR **L'ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR**

**Vous autorisez l'agent à s'absenter pour mener une démarche VAE. Toutes les informations demandées sont indispensables pour instruire le dossier. L'ANFH vous informera de la décision de prise en charge financière.**

## B 01 | L'ÉTABLISSEMENT

NOM

ADRESSE

CODE POSTAL

VILLE

TÉLÉPHONE

TÉLÉCOPIE

EMAIL

TÉLÉPHONE

POSTE

DOSSIER SUIVI PAR

## B 02 | AUTORISE LE SALARIÉ

NOM

PRÉNOM

NOM DE JEUNE FILLE

VILLE D'EXERCICE DE L'ACTIVITÉ (si différente de B01)

STATUT (cocher la case)

TITULAIRE

STAGIAIRE

CONTRACTUEL

## B 03 | À S'ABSENTER POUR SUIVRE LA VAE COMME DÉFINI CI-DESSOUS

OBJET DE L'ABSENCE :

DATE DE DÉBUT

DATE DE FIN

DURÉE TOTALE (heures)

Accompagnement 24h / congé VAE

Formation facultative (antérieure au passage devant le jury)

## B 04 | CERTIFIÉ

Que cette demande n'est pas prise en charge dans le cadre du plan de formation de l'établissement au motif suivant :

## B 05 | LE DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT

- Certifie que l'établissement est à jour dans le versement de sa contribution du 0,2% ;
- Certifie l'exactitude de tous les renseignements portés sur le présent document ;

FAIT À

LE

NOM DU SIGNATAIRE

CACHET DE L'ÉTABLISSEMENT

SIGNATURE

Les informations collectées par l'ANFH, directement auprès de vous via ce formulaire, font l'objet d'un traitement de données ayant pour finalité la gestion de votre demande de prise en charge financière de votre congé VAE. Le traitement est fondé sur l'intérêt légitime de l'ANFH de réaliser son activité en tant que gestionnaire du dispositif congé VAE (Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 ; Décret n°2006-1685 du 22 décembre 2006 version en vigueur). L'ensemble des informations sont obligatoires et nécessaires pour analyser votre demande. A défaut, l'ANFH ne sera pas en mesure d'analyser votre dossier. Ces informations sont à destination de personnes habilitées de l'ANFH et des autorités publiques concernées, et seront conservées pendant 10 ans à compter de l'exercice du dernier paiement et 2 ans à compter de l'exercice du refus de financement.

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel, vous disposez des droits suivants sur vos données : droit d'accès, droit de rectification, droit à l'effacement (droit à l'oubli), droit d'opposition, droit à la limitation du traitement, droit à la portabilité. Vous pouvez également définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès. Vous pouvez, pour des motifs tenant à votre situation particulière, vous opposer à tout moment au traitement des données vous concernant. Pour exercer vos droits, merci d'adresser votre courrier RAR au DPD de l'ANFH, 265 Rue de Charenton, 75012 Paris, ou à l'adresse email du DPD [protectiondesdonnees@anfh.fr](mailto:protectiondesdonnees@anfh.fr). Nous vous recommandons de joindre la copie d'une pièce d'identité.

Sous réserve d'un manquement aux dispositions ci-dessus, vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL ([www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)).

NB : L'établissement employeur s'engage à respecter le Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des données à caractère personnel (dit « RGPD ») et la loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, ainsi qu'à toute réglementation applicable dans le cadre de la protection des données.

# DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

Accompagnement 24h / congé VAE

## VALIDATION DES ACQUIS DE L'EXPÉRIENCE (VAE)

# C

### À COMPLÉTER PAR L'ORGANISME D'ACCOMPAGNEMENT

**Pour pouvoir être financée la formation doit être dispensée par un organisme datadocké ou certifié Qualiopi.**

Ce dossier constitue une demande de financement et non une inscription officielle dans votre organisme.  
Merci de remplir ce dossier avec précision.

#### ATTENTION

JOINDRE OBLIGATOIREMENT LE  
CERTIFICAT EN CAS DE  
CERTIFICATION QUALIOPi

#### C01 | IDENTITÉ DE L'ORGANISME

NOM OU RAISON SOCIALE

ADRESSE

CODE POSTAL

VILLE

NOM DE LA PERSONNE À CONTACTER

TÉLÉPHONE

FAX

E-MAIL

STATUT JURIDIQUE

N° DE DÉCLARATION D'ACTIVITÉ

N° DE SIRET

L'ORGANISME EST :

RÉFÉRENCÉ DATADOCK

Date de validation Datadock :

CERTIFIÉ QUALIOPi

Certificateur ou instance de labellisation :

Numéro du certificat :

Date de début de validité de certification :

date de fin :

#### C02 | DESCRIPTIF DE LA PRESTATION

NOM ET PRÉNOM DU DEMANDEUR

INTITULÉ DE LA CERTIFICATION VISÉE

DATE DE DÉBUT

DATE DE FIN

DURÉE TOTALE (HEURES)

NOMBRE DE SÉANCES

LIEU DE L'ACCOMPAGNEMENT

#### C03 | COÛT VALANT DEVIS

Votre organisme est-il assujéti à la TVA ?

OUI

NON

TARIF HORAIRE TTC \*

€ COÛT TOTAL TTC

€

\* Tarif horaire applicable pour la durée de la prestation

La facturation sera établie en fonction du nombre d'heures réellement réalisées et indiquées sur l'attestation de fréquentation effective, et ne pourra en aucune façon dépasser la durée indiquée.

## C04 | ENGAGEMENT DE L'ORGANISME PRESTATAIRE

Le signataire atteste de la sincérité de tous les renseignements portés sur le présent document, et s'engage :

- à fournir, mensuellement et en fin d'accompagnement, les attestations de présence en trois exemplaires : l'une au bénéficiaire, la seconde à l'établissement, 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 prestation en conformité avec les éléments de coûts et de durée indiqués ci-dessus.

J'atteste la sincérité des renseignements portés sur le présent document.

FAIT À

LE

NOM

QUALITÉ DU SIGNATAIRE

SIGNATURE

CACHET DE L'ORGANISME

Les informations collectées par l'ANFH, directement auprès de vous via ce formulaire, font l'objet d'un traitement de données ayant pour finalité la gestion de votre demande de prise en charge financière de votre congé VAE. Le traitement est fondé sur l'intérêt légitime de l'ANFH de réaliser son activité en tant que gestionnaire du dispositif congé VAE (Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 ; Décret n°2006-1685 du 22 décembre 2006 version en vigueur). L'ensemble des informations sont obligatoires et nécessaires pour analyser votre demande. A défaut, l'ANFH ne sera pas en mesure d'analyser votre dossier. Ces informations sont à destination de personnes habilitées de l'ANFH et des autorités publiques concernées, et seront conservées pendant 10 ans à compter de l'exercice du dernier paiement et 2 ans à compter de l'exercice du refus de financement.

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel, vous disposez des droits suivants sur vos données : droit d'accès, droit de rectification, droit à l'effacement (droit à l'oubli), droit d'opposition, droit à la limitation du traitement, droit à la portabilité. Vous pouvez également définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès. Vous pouvez, pour des motifs tenant à votre situation particulière, vous opposer à tout moment au traitement des données vous concernant. Pour exercer vos droits, merci d'adresser votre courrier RAR au DPD de l'ANFH, 265 Rue de Charenton, 75012 Paris, ou à l'adresse email du DPD [protectiondesdonnees@anfh.fr](mailto:protectiondesdonnees@anfh.fr). Nous vous recommandons de joindre la copie d'une pièce d'identité.

Sous réserve d'un manquement aux dispositions ci-dessus, vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL ([www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)).

NB : L'organisme de formation s'engage à respecter le Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des données à caractère personnel (dit « RGPD ») et la loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, ainsi qu'à toute réglementation applicable dans le cadre de la protection des données.



# DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

Formation facultative

## VALIDATION DES ACQUIS DE L'EXPÉRIENCE (VAE)

# Cbis

À COMPLÉTER PAR **L'ORGANISME DE FORMATION**

**Pour pouvoir être financée la formation doit être dispensée par un organisme datadocké ou certifié Qualiopi.**

**ATTENTION**

JOINDRE  
OBLIGATOIREMENT LE  
CERTIFICAT EN CAS DE  
CERTIFICATION QUALIOP

Ce dossier constitue une demande de financement et non une inscription officielle dans votre organisme.  
Merci de remplir ce dossier avec précision.

### C01 | IDENTITÉ DE L'ORGANISME

NOM OU RAISON SOCIALE

ADRESSE

CODE POSTAL

VILLE

NOM DE LA PERSONNE À CONTACTER

TÉLÉPHONE

FAX

E-MAIL

STATUT JURIDIQUE

N° DE DÉCLARATION D'ACTIVITÉ

N° DE SIRET

L'ORGANISME EST :

RÉFÉRENCÉ DATADOCK

Date de validation Datadock :

CERTIFIÉ QUALIOP

Certificateur ou instance de labellisation :

Numéro du certificat :

Date de début de validité de certification :

date de fin :

### C02 | DESCRIPTIF DE LA FORMATION

NOM ET PRÉNOM DU DEMANDEUR

INTITULÉ DE LA FORMATION

DATE DE DÉBUT

DATE DE FIN

DURÉE (HEURES)

LIEU DE LA FORMATION

FORMATION EN CONTINU

FORMATION EN DISCONTINU

CALENDRIER DE LA FORMATION (en jours)

MOIS	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
20__												
20__												

Le demandeur aura-t-il la possibilité de prendre ses repas dans un restaurant administratif ou universitaire ?

OUI

NON

### C03 | COÛT VALANT DEVIS

Votre organisme est-il assujéti à la TVA ?

OUI

NON

COÛT TOTAL TTC

€

## C04 | ENGAGEMENT DE L'ORGANISME PRESTATAIRE

Le signataire atteste de la sincérité de tous les renseignements portés sur le présent document, et s'engage :

- à fournir, mensuellement et en fin d'accompagnement, les attestations de présence en trois exemplaires : l'une au bénéficiaire, la seconde à l'établissement, 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 prestation en conformité avec les éléments de coûts et de durée indiqués ci-dessus.

J'atteste la sincérité des renseignements portés sur le présent document.

FAIT À

LE

NOM

QUALITÉ DU SIGNATAIRE

SIGNATURE

CACHET DE L'ORGANISME

Les informations collectées par l'ANFH, directement auprès de vous via ce formulaire, font l'objet d'un traitement de données ayant pour finalité la gestion de votre demande de prise en charge financière de votre congé VAE. Le traitement est fondé sur l'intérêt légitime de l'ANFH de réaliser son activité en tant que gestionnaire du dispositif congé VAE (Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 ; Décret n°2006-1685 du 22 décembre 2006 version en vigueur). L'ensemble des informations sont obligatoires et nécessaires pour analyser votre demande. A défaut, l'ANFH ne sera pas en mesure d'analyser votre dossier. Ces informations sont à destination de personnes habilitées de l'ANFH et des autorités publiques concernées, et seront conservées pendant 10 ans à compter de l'exercice du dernier paiement et 2 ans à compter de l'exercice du refus de financement.

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel, vous disposez des droits suivants sur vos données : droit d'accès, droit de rectification, droit à l'effacement (droit à l'oubli), droit d'opposition, droit à la limitation du traitement, droit à la portabilité. Vous pouvez également définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès. Vous pouvez, pour des motifs tenant à votre situation particulière, vous opposer à tout moment au traitement des données vous concernant. Pour exercer vos droits, merci d'adresser votre courrier RAR au DPD de l'ANFH, 265 Rue de Charenton, 75012 Paris, ou à l'adresse email du DPD [protectiondesdonnees@anfh.fr](mailto:protectiondesdonnees@anfh.fr). Nous vous recommandons de joindre la copie d'une pièce d'identité.

Sous réserve d'un manquement aux dispositions ci-dessus, vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL ([www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)).

NB : L'organisme de formation s'engage à respecter le Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des données à caractère personnel (dit « RGPD ») et la loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, ainsi qu'à toute réglementation applicable dans le cadre de la protection des données.

## CONTACTER

### LES DÉLÉGATIONS ANFH

#### AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

##### ANFH AUVERGNE

Départements : 03 - 15 - 43 - 63  
26, rue Le Corbusier  
ZAC des Acilloux  
63800 Cournon d'Auvergne  
tél : 04 73 28 67 40  
auvergne@anfh.fr  
www.anfh.fr/auvergne

##### ANFH RHÔNE

Départements : 01 - 07 - 42 - 69  
75 Cours Emile Zola  
BP 22174  
69603 Villeurbanne Cedex  
tél: 04.72.82.13.20  
rhone@anfh.fr  
www.anfh.fr/rhone

##### ANFH ALPES

Départements : 26 - 38 - 73 - 74  
26, rue Gustave Eiffel  
CS 10632  
38024 Grenoble Cedex 1  
tél :04 76 04 10 40  
alpes@anfh.fr  
www.anfh.fr/alpes

#### BOURGOGNEFRANCHE-COMTE

##### ANFH BOURGOGNE

Départements : 21 - 58 - 71 - 89  
14, rue Nodot  
BP 81574  
21015 Dijon Cedex  
tél. : 03 80 41 25 54  
bourgogne@anfh.fr  
www.anfh.fr/bourgogne

##### ANFH FRANCHE-COMTE

Départements : 25 - 39 - 70 - 90  
9 Rue Jean-Baptiste Proudhon  
25000 Besançon  
tél: 03 81 82 00 32  
franche-comte@anfh.fr  
www.anfh.fr/franche-comte

##### ANFH BRETAGNE

Départements : 22 - 29 - 35 - 56  
Le Magister  
6, cours Raphaël-Binet  
CS94332  
35043 Rennes Cedex  
tél : 02 99 35 28 60  
bretagne@anfh.fr  
www.anfh.fr/bretagne

##### ANFH CENTRE - VAL DE LOIRE

Départements : 18 - 28 - 36 - 37- 41 - 45  
7, rue Copernic  
41260 La Chaussée-Saint-Victor  
tél : 02 54 74 65 77  
centre@anfh.fr  
www.anfh.fr/centre

##### ANFH CORSE

Départements : 2A - 2B  
Bât. C - parc du Belvédère  
avenue de la Libération  
20000 Ajaccio  
tél. : 04 95 21 42 66  
corse@anfh.fr  
www.anfh.fr/corse

##### GRAND EST

##### ANFH ALSACE

Départements : 67 - 68  
Immeuble «le Sébastopol»  
5ème étage  
3, quai Kléber  
67000 Strasbourg  
tél : 03 88 21 47 00  
alsace@anfh.fr  
www.anfh.fr/alsace

##### ANFH CHAMPAGNE-ARDENNE

Départements : 08 - 10 - 51 - 52  
20, rue Simon  
51723 Reims Cedex  
tél : 03 26 87 78 20  
champagneardenne@anfh.fr  
www.anfh.fr/champagne-ardenne

##### ANFH LORRAINE

Départements : 54 - 55 - 57 - 88  
7, rue Albert-Einstein  
54320 Maxéville  
tél. : 03 83 15 17 34  
lorraine@anfh.fr  
www.anfh.fr/lorraine

##### ANFH GUYANE

Départements : 973  
Résidence Man'cia  
1897 Route De Montjoly  
97354 Remire Montjoly  
tél. : 05 94 29 30 31  
guyane@anfh.fr  
www.anfh.fr/guyane

##### HAUTS DE FRANCE

##### ANFH NORD-PAS-DE-CALAIS

Départements : 59 - 62  
Immeuble le nouveau siècle  
2, place Pierre-Mendès-France  
59000 LILLE  
tél : 03 20 08 06 70  
nordpasdecals@anfh.fr  
www.anfh.fr/nord-pas-de-calais

##### ANFH PICARDIE

Départements : 02 - 60 - 80  
Immeuble Le Pomerol  
15, avenue d'Italie  
80090 Amiens  
tél : 03 22 71 31 31  
picardie@anfh.fr  
www.anfh.fr/picardie

##### ANFH ILE-DE-FRANCE

3-5 Rue Ferrus  
75014 Paris  
Tél. : 01 53 82 87 88  
Fax: 01 53 82 82 39  
iledefrance@anfh.fr  
www.anfh.fr/ile-de-france

##### ANFH MARTINIQUE

Départements : 972  
Immeuble Jamesby  
Zone De Manhity  
97232 Le Lamentin  
tél: 05.96.42.10.60  
martinique@anfh.fr  
www.anfh.fr/martinique

##### NORMANDIE

##### ANFH BASSE-NORMANDIE

Départements : 14 - 50 - 61  
Parc Athéna  
1 Rue Andreï Sakharov  
14280 Saint Contest  
tél : 02.31.46.71.60  
bassenormandie@anfh.fr

##### ANFH HAUTE-NORMANDIE

Départements : 27 - 76  
85 A, rue Jean-Lecanuët  
76107 Rouen Cedex  
tél : 02 32 08 10 40  
hautenormandie@anfh.fr

##### NOUVELLE AQUITAINE

##### ANFH AQUITAINE

Départements : 24 - 33 - 40 - 47 - 64  
232, avenue du Haut-Lévêque  
CS 40031  
33615 Pessac Cedex  
tél : 05 57 35 01 70  
aquitaine@anfh.fr  
www.anfh.fr/aquitaine

##### ANFH LIMOUSIN

Départements : 19 - 23 - 87  
17, rue Columbia  
Parc Ester Technopole  
87068 Limoges cedex  
tél : 05 55 31 12 09  
limousin@anfh.fr  
www.anfh.fr/limousin

##### ANFH POITOU-CHARENTES

Départements : 16 - 17 - 79 - 86  
22, rue Gay-Lussac  
BP 40951  
86038 Poitiers Cedex  
tél : 05 49 61 44 46  
poitoucharentes@anfh.fr  
www.anfh.fr/poitou-charentes

##### OCCITANIE

##### ANFH LANGUEDOC-ROUSSILLON

Départements : 11 - 30 - 34 -48 - 66  
Immeuble Le Fahrenheit  
ZAC Hippocrate  
120, av. Nina-Simone  
34000 Montpellier  
tél : 04 67 04 35 10  
languedocroussillon@anfh.fr  
www.anfh.fr/languedoc-roussillon

##### ANFH MIDI-PYRENEES

Départements : 09 - 12 - 31 - 32 - 46 - 65 - 81 - 82  
Parc du Canal  
1, rue Giotto  
31520 Ramonville Saint-Agne  
tél : 05 61 14 78 68  
midipyrenees@anfh.fr  
www.anfh.fr/midi-pyrenees

##### ANFH OCEAN INDIEN

Départements : 974 - 976  
Les Ateliers Roquefeuil  
11, Avenue De La Grande Ourse  
97434 Saint-gilles-les-bains  
tél. : 02 62 90 10 20  
oceanindien@anfh.fr  
www.anfh.fr/ocean-indien

##### ANFH PAYS DE LA LOIRE

Départements : 44 - 49 - 53 - 72 - 85  
1, bd Salvador-Allende  
Les Salorges II - CS 60532  
44105 Nantes Cedex 4  
tél : 02 51 84 91 20  
paysdelaloire@anfh.fr  
www.anfh.fr/pays-de-la-loire

##### ANFH PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

Dép : 04 - 05 - 06 - 13 - 83 - 84  
2, rue Henri Barbusse  
CS 20297  
13232 Marseille Cedex 1  
tél : 04 91 17 71 30  
provence@anfh.fr  
www.anfh.fr/provence-alpes-cote-d-azur

##### SIÈGE NATIONAL

265, rue de Charenton  
CS 51218  
75578 PARIS Cedex 12  
Tél: 01 44 75 68 00  
Fax: 01 44 75 68 68  
communication@anfh.fr  
www.anfh.fr

