

## CONTRATS AIDES DEMANDE DE PRISE EN CHARGE A COMPLETER PAR L'ETABLISSEMENT EMPLOYEUR

### ÉTABLISSEMENT

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR : .....

CODE ÉTABLISSEMENT : ..... STATUT :  Sanitaire  Social  Médico-Social

PERSONNE A CONTACTER : ..... Fonction : .....

Téléphone : ..... E-Mail : .....

### AGENT EN CONTRAT AIDE

NOM – PRENOM : ..... GENRE :  FEMININ  MASCULIN

INTITULE DU POSTE : .....

DATE DE DEBUT DU CONTRAT : ..... DATE DE FIN DE CONTRAT : .....

### TUTEUR

NOM – PRENOM : .....

GRADE ET INTITULE DU POSTE : .....

### FORMATION

INTITULE DE LA FORMATION : .....

ORGANISME..... LIEU DE LA FORMATION : .....

NUMERO DE SIRET : ..... NUMERO DECLARATION D'ACTIVITE : .....

NUMERO DATADOCK : .....

DATE DE DEBUT DE FORMATION..... DATE DE FIN DE FORMATION : .....

### FRAIS

| COUT | PEDAGOGIE | DEPLACEMENT/HEBERGEMENT | TRAITEMENT SI DIPLOMANT | TOTAL |
|------|-----------|-------------------------|-------------------------|-------|
| 2019 |           |                         |                         |       |
| 2020 |           |                         |                         |       |
| 2021 |           |                         |                         |       |
| 2022 |           |                         |                         |       |

### A TRANSMETTRE

- ➔ Copie du contrat de travail + CERFA
- ➔ Copie du dernier bulletin de salaire
- ➔ Convention de formation ou devis

#### RAPPEL DE PRISE EN CHARGE :

- ➔ PEDAGOGIE ET DEPLACEMENT
- ➔ TRAITEMENT SI FORMATIONS DIPLOMANTES
- ➔ FORMATIONS ELIGIBLES :
  - Remise à niveau
  - Préparation concours
  - Formations qualifiante, certifiante et diplômante

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