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

ÉTABLISSEMENT

NOM DE L'ETABLISSEMENT EMPLOYEUR : .....

CODE ETABLISSEMENT :..... 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
2024				
2025				
2026				

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