

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

ETABLISSEMENT

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

FRAIS

COUT	PEDAGOGIE	DEPLACEMENT/HEBERGEMENT	TRAITEMENT SI DIPLOMANT	TOTAL
2026				
2027				
2028				

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
- ➡ Suivi par Séverine Rivière : s.riviere@anfh.fr

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