

DEMANDE D'INSCRIPTION (A retourner en respectant la date de clôture d'inscriptions)

ÉTABLISSEMENT : VILLE :

INTITULÉ : AFR N° : AFC N° :

DATES : LIEU :

CANDIDATURES PAR ORDRE DE PRIORITÉ

NOM	PRÉNOM	GRADE

Seule la convocation a valeur de confirmation d'inscription.

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE SUR LE PLAN DE FORMATION

Date de CTE : ____ / ____ / 20____ Avis : favorable défavorable

Frais d'enseignement Seulement pour les actions coordonnées	Frais de déplacement Trajet-hébergement-repas	Frais de traitement Salaire de l'agent parti en formation
..... € € €

Merci de renseigner l'ensemble des rubriques

Personne à contacter dans l'établissement :

Tél :

Mail :

Date et signature du directeur :

Cachet de l'établissement :