

APPEL A PROJET FAR « FONDS D'ACCOMPAGNEMENT REGIONAL » DEMANDE DE PRISE EN CHARGE - A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR

Si vous répondez aux critères d'éligibilité ci-après, vous pouvez solliciter notre fonds complémentaire en décrivant vos besoins ponctuels pour financer plus de formations sur votre plan de formation 2027.

ÉLIGIBILITE DE L'APPEL A PROJET

- Avoir transmis son plan de formation de l'année 2027 montrant un engagement prévisionnel de 75% minimum
- Avoir un bilan financier de l'année N-1 du taux de traitement inférieur à 35% (hors EP et apprentissage)
- Priorités :
 - 1) Etablissements de moins de 1 000 agents
 - 2) Projets co-construits multi établissements de + 1 000 agents (ex : par territoire, GHT, secteur, typologie d'Ets, ...)
 - 3) Etablissements de + 1 000 agents

ÉTABLISSEMENT

NOM DE L'ETABLISSEMENT EMPLOYEUR :

CODE ETABLISSEMENT : STATUT : ☐ Sanitaire ☐ Social ☐ Médico-Social

Personne à contacter : Fonction :

Téléphone : E-Mail :

PROJET

INTITULE DE LA FORMATION :

FORMATION INDIVIDUELLE

NOM AGENT : PRENOM : GRADE :

MOBILISATION DU CPF : ☐ OUI Nombre d'heures mobilisées : ☐ NON

FORMATION COLLECTIVE : nombre d'agents formés :

☐ Agent(s) de catégorie C ☐ Agent(s) de catégorie B ☐ Agent(s) de catégorie A ☐ Groupe mixte

MOBILISATION DU CPF : ☐ OUI Nombre d'heures mobilisées : ☐ NON

LE PROJET REpond A UN BESOIN :

- ☐ d'expérimentation ou d'innovation par son contenu
- ☐ de nouvelles modalités d'apprentissage, adaptées à un public, à une organisation
- ☐ d'insuffisance financière pour la mise en œuvre du plan validé en CSE
- ☐ Autres :

LA THEMATIQUE CIBLEE PAR LE PROJET :

- ☐ Montée en compétences par le biais d'une formation diplômante
- ☐ Formation spécifique au projet d'établissement
- ☐ Maintien dans l'emploi ou Seconde partie de carrière
- ☐ En lien avec la qualité de vie au travail
- ☐ En lien avec le développement durable
- ☐ Autres :



ORGANISME

ORGANISME.....LIEU DE LA FORMATION :.....
NUMERO DE SIRET : NUMERO DECLARATION D'ACTIVITE :
ORGANISME QUALIOP : ☐ OUI Si NON, ODPC : ☐ OUI
DATE DE DEBUT DE FORMATION DATE DE FIN DE FORMATION :.....
NOMBRE DE JOURS/HEURES DE FORMATION :

FINANCEMENT

COUT	PEDAGOGIE	TRAITEMENT	DEPLACEMENT/HEBERGEMENT	TOTAL
2027				
2028				
2029				
2030				

FINANCEMENT DU PROJET : % sur le plan 83% et % sollicité sur le fonds complémentaire de l'ANFH

A TRANSMETTRE

- ➔ Convention de formation ou devis
- ➔ Programme de la formation
- ➔ Bulletin de salaire si formation individuelle

RAPPEL DE PRISE EN CHARGE :

- ➔ Les modalités de prise en charge seront étudiées par les instances selon les besoins exprimés par les établissements
- ➔ 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

DATE LIMITE DE RECEPTION DES DOSSIERS

Pour les établissements de – 1 000 agents et les projets multi-établissements de -1 000 agents : accord au fil de l'eau selon disponible financier

Pour les projets multi-établissements ayant au moins un établissement de + 1 000 agents et autres demandes d'établissements de + 1 000 agents :

1^{er} recensement : 8 octobre 2026

2^{ème} recensement : 1er février 2027