FORMATION DIPLOMANTE, CERTIFIANTE ET QUALIFIANTE
DEMANDE DE PRISE EN CHARGE - A COMPLETER PAR L'ETABLISSEMENT EMPLOYEUR

ÉTABLISSEMENT

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

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

Téléphone : ..... E-Mail : .....

AGENT

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

METIER EXERCE : ..... GRADE : ..... Priorité

FILIERE : ☐ TECHNIQUE ☐ OUVRIERE ☐ SOCIALE ☐ ADMINISTRATIVE ☐ SOIGNANTE

Mobilisation de l'agent de son Compte Personnel de Formation : ☐ non - ☐ si oui nombre d'heures mobilisées : ..

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 :.....

DATE DE CTE : ..... AVIS CTE : ☐ FAVORABLE ☐ DEFAVORABLE

PROJET PROFESSIONNEL (QUE VA PERMETTRE L'OBTENTION DU DIPLOME ?)

.....

.....

.....

.....

.....

FRAIS

COUT	PEDAGOGIE	TRAITEMENT	DEPLACEMENT/HEBERGEMENT	TOTAL
2024				
2025				
2026				
2027				

A TRANSMETTRE IMPERATIVEMENT

- **Convention de formation ou devis**
- **Dernier bulletin de salaire**
- **Projet professionnel**

- 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

1ER RECENSEMENT : 24 OCTOBRE 2023 2EME RECENSEMENT : 16 MAI 2024