

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 CSE : AVIS CSE : ☐ FAVORABLE ☐ DEFAVORABLE

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

.....

.....

.....

.....

.....

FRAIS

COUT	PEDAGOGIE	TRAITEMENT	DEPLACEMENT/HBERGEMENT	TOTAL
2027				
2028				
2029				
2030				

A TRANSMETTRE IMPERATIVEMENT

- ➡ Convention de formation ou devis
- ➡ Dernier bulletin de salaire
- ➡ Projet professionnel
- ➡ Suivi par Séverine Rivière : s.riviere@anhf.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

1^{ER} RECENSEMENT : 8 OCTOBRE 2026 2^{EME} RECENSEMENT : 14 MAI 2027