

**MAINTIEN DANS L'EMPLOI ET SECONDE PARTIE DE CARRIERE
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

SITUATION : RECLASSEMENT POUR RAISON DE SANTE, RQTH OU RESTRICTION MEDICALE
 ANTICIPATION D'USURE PROFESSIONNELLE
 SECONDE PARTIE DE CARRIERE

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 :
 NOMBRE DE JOURS/HEURES :
 DATE DE CTE : AVIS CTE : FAVORABLE DEFAVORABLE

FRAIS

COUT	PEDAGOGIE	TRAITEMENT	DEPLACEMENT/HEBERGEMENT	TOTAL
2022				
2023				
2024				
2025				

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

A TRANSMETTRE IMPERATIVEMENT

- ➔ Convention de formation ou devis
- ➔ 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
 1^{ER} RECENSEMENT : 26 OCTOBRE 2021 2^{EME} RECENSEMENT : 13 MAI 2022