

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

☐ AGENT CAT. C NIVEAU INFRABAC

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 CSE : AVIS CSE : ☐ FAVORABLE ☐ DEFAVORABLE

FRAIS

COUT	PEDAGOGIE	TRAITEMENT	DEPLACEMENT/HEBERGEMENT	TOTAL
2026				
2027				
2028				
2029				

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 : 10 OCTOBRE 2025 2^{EME} RECENSEMENT : 13 MAI 2026