REMISES A NIVEAU ET PREPARATIONS CONCOURS
DEMANDE DE PRISE EN CHARGE - A COMPLETER PAR L'ETABLISSEMENT EMPLOYEUR

ÉTABLISSEMENT

NOM ETABLISSEMENT : .....

Non du contact : .....Fonction : .....

Téléphone : .....Mail : .....

AGENT

Priorité N°

NOM – PRENOM : .....

Grade : .....

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 : .....DATE CTE : ..... AVIS : ☐ Favorable ☐ Défavorable

DATE DÉBUT DE FORMATION : .....DATE FIN DE FORMATION : .....

NOMBRE DE JOURS : .....

FINANCEMENT

Années civiles	Frais pédagogiques	Salaire de l'agent en formation	Déplacement hébergement	COUT TOTAL ANNUEL
2023				
2024				

A TRANSMETTRE :

- **Convention de formation ou devis**
- **Accord au fil de l'eau jusqu'à l'épuisement de l'enveloppe budgétaire**
- 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