

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.....

NUMERO DE SIRET : NUMERO DECLARATION D'ACTIVITE :

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
2027				
2028				

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@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