# DEMANDE DE PRISE EN CHARGE



## CONGÉ DE FORMATION

PROFESSIONNELLE (CFP)

**A**

À COMPLÉTER PAR **L’AGENT**

**RÉSERVÉ À L’ANFH** N°CFP

N°CT

**A 01 | IDENTITÉ (écrire en lettres majuscules)**

##### NOM

NOM DE NAISSANCE

PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE

ADRESSE

##### CODE POSTAL

TÉLÉPHONE MOBILE

COMMUNE

TÉLÉPHONE FIXE

E-MAIL (écrire en lettres majuscules)

NO SÉCURITÉ SOCIALE

(10 premiers chiffres)

Co-financement FIPHFP : êtes-vous en situation de handicap ?

OUI

NON

Si oui, veuillez remplir l’Attestation d’éligibilité pour les formations des agents handicapés (merci de vous reporter à la rubrique A09)

**A 02 | SITUATION PROFESSIONNELLE**

##### NOM DE VOTRE ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR ANCIENNETÉ DANS LA FPH

GRADE

MÉTIER

SERVICE

Avez-vous déjà bénéficié d’un ou plusieurs CFP indemnisés ou non indemnisés avant cette demande ? OUI NON

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| INTITULÉ DES FORMATIONS DÉJÀ SUIVIES EN CFP  (y compris Bilan de compétences et VAE) | RÉGION DE L’ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR |  | NB DE JOURS | ANNÉE |  | INDEMNISÉ  (oui / non) |
|  |  | |  |  | |  |
|  |  | |  |  | |  |

**A 03 | DIPLÔMES OBTENUS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ENTOUREZ LES DIPLÔMES OBTENUS** | **INDIQUEZ LA OU LES SPÉCIALITÉS** |  | **INDIQUEZ LA OU LES SPÉCIALITÉS** |
| MASTER 2 DOCTORAT – INGÉNIEUR |  | BP – BAC – BT |  |
| LICENCE –MASTER 1 |  | BEP – CAP – CFPA |  |
|  |  |
| BTS – DUT – DEUST |  | FIN DE SCOLARITÉ |  |
|  |  |
|  |  |  |  |

INTITULÉ DU (DES) DIPLÔME(S) OBTENU(S) (Spécifique aux professions de santé, secteur sanitaire ou social)

**A 04 | FORMATION DEMANDÉE**

**INTITULÉ**

##### ORGANISME DE FORMATION

Le droit est ouvert lorsque la formation se déroule hors de la commune du lieu de la résidence administrative ou hors de celle de la résidence familiale. Sont considérées comme constituant une seule et même commune, les communes faisant partie d’une même agglomération urbaine multi communale. Ce droit est ouvert seulement pendant la période indemnisé.

La prise en charge de ces frais n’est pas systématique et est laissée à l’appréciation du Comité Territorial. Le dossier sera étudié selon les conditions de votre délégation.

**TRANSPORT (compléter uniquement le (ou les) moyen(s) de transport utilisés)**

SIGNATURE

J’atteste sur l’honneur l’exactitude des informations portées sur la présente demande. Toute fausse déclaration entrainera systématiquement la nullité de l’éventuelle décision de financement et impliquera le remboursement de toutes les sommes versées par l’ANFH. Je m’engage, en outre, à tenir l’ANFH informée de tous changements qui interviendraient dans le financement de ma formation, dans ma situation administrative et dans mon adresse.

LE

FAIT À

LIEU D’ARRIVÉE

LIEU DE DÉPART

L’intéressé(e) a fourni librement ces informations. Il peut y accéder et les faire rectifier. L’ANFH s’engage à les protéger contre toute divulgation n’ayant pas fait l’objet d’une autorisation (art 27 et 29 – loi du 6/01/78 informatique et libertés).

**ATTENTION**

SI VOUS NE REMPLISSEZ PAS LA RUBRIQUE **A07**, IL SERA CONSIDÉRÉ QUE VOUS NE SOLLICITEZ AUCUNE PRISE EN CHARGE DE CES FRAIS.

**A 05 | VOTRE OBJECTIF**

OPÉRER UNE RECONVERSION DANS LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE

PROFESSION VISÉE

OPÉRER UNE RECONVERSION EN DEHORS DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE

PROFESSION VISÉE

DÉVELOPPER SES CONNAISSANCES OU COMPÉTENCES HORS DE SON CHAMPS PROFESSIONNEL

CONNAISSANCES OU COMPÉTENCES VISÉES

DÉVELOPPER SES CONNAISSANCES OU COMPÉTENCES DANS SON CHAMPS D’ACTIVITÉ

CONNAISSANCES OU COMPÉTENCES VISÉES

**A 06 | EXPOSÉ DÉTAILLÉ DE VOTRE PROJET PROFESSIONNEL (*COMPLÉTER LA FICHE A06 obligatoire*)**

**A 07 | FRAIS DE TRANSPORT, D’HÉBERGEMENT ET DE RESTAURATION**

€

SNCF (2E CLASSE) : COÛT DU BILLET ALLER-RETOUR PLEIN TARIF

SI ABONNEMENT, PRÉCISER LE COÛT :

€

ABONNEMENT HEBDOMADAIRE

€

ABONNEMENT MENSUEL

AUTRES (À PRÉCISER)

km

**CADRE RÉSERVÉ**

€

AVION (pour DOM-TOM - base économique)

VÉHICULE PERSONNEL NOMBRE DE KMS POUR UN ALLER-RETOUR

(Attention : le remboursement se fait sur la base du tarif kilométrique SNCF 2e classe)

NOMBRE D’ALLER-RETOUR ENVISAGÉ PENDANT LA PÉRIODE INDEMNISÉE

**REMARQUE IMPORTANTE** Si vous êtes contraint, faute de transport en commun, d’utiliser votre véhicule personnel, il vous appartient de faire établir,

un ordre de mission à la direction de votre établissement, précisant les périodes de déplacement et une attestation d’assurance garantissant d’une manière illimitée, votre responsabilité personnelle, ou bien une attestation par laquelle vous reconnaissez être votre propre assureur (cf art. 33 du décret n° 92-566 du 25/05/92).

Aurez-vous des périodes de stage ? OUI NON

LIEU DE STAGE :

**HÉBERGEMENT**

EN CENTRE D’HÉBERGEMENT (FONCTIONNANT SOUS LE CONTRÔLE DE L’ADMINISTRATION)

€

COÛT DE LA NUITÉE

HORS CENTRE D’HÉBERGEMENT (HÔTEL, GÎTES…) NB DE NUITÉES

€

MONTANT DU LOYER MENSUEL

LOCATION (EN CAS DE DOUBLE RÉSIDENCE) NB DE MOIS

**RESTAURATION**

SOIR NB DE REPAS

MIDI NB DE REPAS

Avez-vous la possibilité de prendre vos repas dans un restaurant administratif ou universitaire ?

OUI (MIDI SEULEMENT /MIDI ET SOIR)

NON

#### €

**CADRE RÉSERVÉ**

COÛT DU REPAS DANS CE RESTAURANT ADMINISTRATIF

€

Dans l’éventualité d’un accord, il vous appartiendra de signer avec l’organisme de formation la convention de formation professionnelle. Celle-ci vous engage personnellement à son égard.

SINON, TARIF À PRENDRE EN COMPTE (PLAFONNÉ SELON RÈGLE FONCTION PUBLIQUE)

**ATTENTION**

TOUT RÉSULTAT D’ADMISSION OU DE REFUS DE LA PART DE L’ORGANISME DE FORMATION DEVRA ÊTRE COMMUNIQUÉ DANS LES MEILLEURS DÉLAIS

PRÉCISER LA NATURE ET LE COÛT :

**FRAIS ANNEXES** (SUR JUSTIFICATIFS) Cette prise en charge n’est pas systématique et est laissée à l’appréciation du Comité Territorial (CT) de la délégation ANFH.

**A 08 | FIPHFP/ANFH – ATTESTATION D’ÉLIGIBILITE POUR LES FORMATIONS À DESTINATION DES AGENTS HANDICAPÉS**

JE SOUSSIGNÉ(E)

**ATTENTION**

JOINDRE UNE COPIE DE LA NOTIFICATION DE D’ÉLIGIBILITÉ DANS LE CADRE DU FIPHFP

Agent de l’établissement

Atteste détenir les pièces justificatives obligatoires d’éligibilité.

### 

FAIT À

LE

SIGNATURE

Bénéficiaire du financement de l’action de formation liée à la reconversion, conformément au décret n°2006-501 du 3 mai 2006 relatif au fonds pour l’insertion des personnes en situation de handicap dans la fonction publique. L’agent tient à disposition de l’ANFH, les pièces justificatives attestant de son appartenance à l’une des catégories de bénéficiaires mentionnées ci-dessous. En cas de contrôle, nous serions amenés à vous demander les pièces justifiant de votre situation.

**LISTE DES BÉNÉFICIAIRES ELIGIBLES AU CO-FINANCEMENT FIPHFP/ANFH DES ACTIONS DE FORMATION**

Les travailleurs, reconnus handicapés par la Commission des droits et de l’autonomie des personnes en situation de handicap mentionnées à l’article L.146-9 du code de l’action sociale et des familles.

Les victimes d’accident du travail ou de maladies professionnelles ayant entrainé une incapacité permanente au moins égal à 10p 100 et titulaires d’une rente attribuée au titre du régime général de sécurité sociale ou de tout autre régime de protection obligatoire.

Les titulaires d’une pension d’invalidité attribuée au titre du régime général de sécurité sociale, de tout autre régime de protection obligatoire ou au titre des dispositions régissant les agents publics à condition que l’invalidé des intéressés réduise au moins des deux tiers leur capacité de travail ou de gain ;

Les bénéficiaires mentionnés à l’article L.394 du code des pensions militaires d’invalidité et des victimes de guerre ;

Les titulaires d’une allocation ou d’une rente d’invalidité attribuée dans les conditions définies par la loi n°91-1389 du 31 décembre 1991 relative à la protection sociale des sapeurs-pompiers volontaires en cas d’accident survenu ou de maladie contracte en service ;

Les titulaires de la carte d’invalidité définie à l’article L.241-3 du code de l’action sociale et des familles ; Les titulaires de l’allocation aux adultes handicapés ;

Les agents qui ont été reclassés en application de l’article 63 de l’article 63 de la loi n°84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l’Etat, des articles 81 à 85 de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale ou des articles 71 à 75 de la loi n°86-33 du 9 janvier1986 ;

Les agents qui bénéficient d’une allocation temporaire d’invalidité en application de l’article 65 de la loi n°84-16 du 11 janvier 1984 précitée, de l’article L.417\_8 du code des communes, du paragraphe III de l’article 119 de la loi N°84-53 du 26 janvier 1984 précitée ou de l’article 80 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 précitée ; Tout agent ne possédant pas l’une de ces qualités mais ayant été reconnu inapte à l’exercice de ses fonctions par le comité médical et pour lequel un maintien dans l’emploi est proposé par le médecin du travail ou de prévention au moyen d’une adaptation du poste de travail.

**A**6

**RÉSERVÉ À L’ANFH**

N°CFP

N°CT

**EXPOSÉ DÉTAILLÉ DE VOTRE PROJET PROFESSIONNEL**

1/3

ATTENTION - À COMPLÉTER DE PRÉFÉRENCE ÉLECTRONIQUEMENT

Préciser vos motivations relatives au projet et au choix de la formation, objectifs, actions de préparation ou de formation réalisées, démarches effectuées pour vérifier la faisabilité du projet (vous pouvez joindre tout document dactylographié/numérique pour argumenter votre projet professionnel). **Le conseiller en Dispositifs Individuels de votre délégation ANFH est à votre disposition pour vous aider à remplir votre dossier notamment la partie motivation**

**01. Quel est votre parcours ?**

(5 lignes maximum) Retracer succinctement votre parcours professionnel, votre parcours de formation, votre situation actuelle (poste occupé, ancienneté dans la Fonction Publique Hospitalière…)

**02. Quel est votre projet en lien avec cette formation et son origine ?**

(10 à 15 lignes maximum) Quelle est l’origine de votre projet ? Qu’est ce qui a guidé votre réflexion ? Vous pourrez aussi décrire vos motivations, votre connaissance du métier et les qualités personnelles nécessaires à son exercice, si vous envisagez une reconversion.

**A**6

**EXPOSÉ DÉTAILLÉ DE VOTRE PROJET PROFESSIONNEL**

2/3

**03. Comment avez-vous préparé votre projet ?**

(10 à 15 lignes maximum) Quelles actions préalables avez-vous réalisées (formations suivies, bilan de compétences, sources d’informations, professionnels rencontrés, recherches effectuées, sollicitation financement employeur,…) ? Avez-vous été accompagné dans ce choix ? Avez-vous évalué la compatibilité de votre projet avec votre vie professionnelle et personnelle (déplacements, charge de travail, rémunération) ?

**04. Pourquoi avez-vous choisi cette formation et cet organisme ?** (5 lignes maximum) Choix de l’organisme : avez-vous contacté plusieurs organismes de formation ? Pourquoi ce choix (lieu, coût, contenu pédagogique, diplôme ou certificat délivré, lien avec votre projet) ?

**A**6

**EXPOSÉ DÉTAILLÉ DE VOTRE PROJET PROFESSIONNEL**

3/3

**05. Que ferez-vous à l’issue de la formation ? Quelles seront les étapes qui restent à accomplir pour finaliser votre projet ?** (10 à 15 lignes maximum)

Indiquer comment vous comptez investir les connaissances et capacités acquises lors de la formation ? En cas de changement de métier, indiquer les débouchés possibles, ce que vous connaissez du marché de l’emploi et des possibilités d’évolutions : le métier visé est-il présent dans le bassin de l’emploi ? Comment allez-vous procéder pour trouver un emploi dans ce nouveau métier ? Dans quel secteur d’activité et dans quel type d’entreprise (association, autre administration...) pensez-vous l’exercer ? Quelles seront les évolutions possibles ?...

Pour une création d’entreprise : avez-vous réalisé des études préalables (lieu d’installation, études de marché, …) ? Quel statut envisagez-vous pour la création de votre entreprise, quelles démarches avez-vous effectuées auprès des différents organismes ?

**INTITULÉ**

# DEMANDE DE PRISE EN CHARGE



## CONGÉ DE FORMATION

PROFESSIONNELLE (CFP)

**B**

À COMPLÉTER PAR **L’ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR**

**B 01 | L’ÉTABLISSEMENT**

**NOM**

ADRESSE

### 

CODE POSTAL

COMMUNE

TÉLÉPHONE

E-MAIL

EFFECTIF RÉMUNÉRÉ AU 31.12.20——

SOIT EN ÉQUIVALENT PLEIN

DOSSIER SUIVI PAR

TÉLÉPHONE

POSTE

**B 02 | AUTORISE L’AGENT**

NOM

PRÉNOM

NOM DE NAISSANCE

GRADE

FONCTION

SERVICE

VILLE D’EXERCICE DE L ’ACTIVITÉ (si différente de B01)

STATUT (cocher la case)

TITULAIRE

STAGIAIRE

CONTRACTUEL

CATÉGORIE A

B

C

À LA DATE DE LA MISE EN CFP (cocher la case)

TEMPS PLEIN

TEMPS PARTIEL

**Ancienneté au sein de la FPH (minimum 3 ans), c’est à dire dans les établissements énumérés à l’article 2 de la loi du 09/01/1986**

(%)

ANNÉES

NON

OUI

L’INTÉRESSÉ(E) A-T-IL (ELLE) DÉJÀ BÉNÉFICIÉ D’UN OU PLUSIEURS CFP INDEMNISÉ(S) OU NON INDEMNISÉ(S) AVANT CETTE DEMANDE ? (cocher la case)

(MOIS) APPRECIÉ À LA DATE DU DÉBUT DU CFP :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| INTITULÉ DES FORMATIONS DÉJÀ SUIVIES EN CFP  (y compris Bilan de compétences et VAE) | RÉGION DE L’ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR |  | NB DE JOURS | ANNÉE |  | INDEMNISÉ (oui / non) |
|  |  | |  |  | |  |
|  |  | |  |  | |  |

Votre agent relève-t-il du régime de co-financement FIPHFP-ANFH ? (cocher la case) OUI NON

**B 03 | À S’ABSENTER POUR SUIVRE LA FORMATION SUIVANTE**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ORGANISME DE FORMATION | | |  | | | |
| DATE DE DÉBUT |  | | | DATE DE FIN |  | |
| DURÉE TOTALE (1) HORS RH | |  | | | | |
| (1) JOURS DE FORMATION THÉORIQUE ET STAGES PRATIQUES, NOMBRE DE JOURS GLOBAL INCLUANT STAGES, EXAMEN... | | | | | |  |

Dans le cas d’une formation (cocher la case)

EN DISCONTINU, LES REPOS HEBDOMADAIRES (RH) ET JOURS FÉRIÉS DOIVENT ÊTRE INCLUS AU PRORATA DE LA DURÉE TOTALE D’ABSENCE

mois

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

11

12

20\_

20\_

20\_

20\_

C

total de A + B

B = A x 0 ,4

nb de RH à inclure\*

A

total de 1 à 12

20\_

20\_

année

**B 04 | DÉTAIL DES JOURS À INDEMNISER**

EN CONTINU: EXCLURE LES CONGÉS ANNUELS, S’ILS SONT PRIS DANS LA PÉRIODE DU CFP

\* Uniquement dans le cadre des formations discontinues

Points importants : l’unité minimale de décompte est la demi-journée / chaque mois complet comptabilise 30 trentièmes.

**B 05 | ET DEMANDERA, SOUS RÉSERVE DE L’ACCORD DU COMITÉ DE GESTION DU CFP, LE REMBOURSEMENT DE L’INDEMNITÉ FORFAITAIRE**

### 

DATE DE DÉBUT

DATE DE FIN

POUR UNE DURÉE DE

jours (1jour = 1/30ème de mois)

Sachant que l’indemnisation du CFP ne peut excéder douze mois, soit 360 jours pour l’ensemble de la carrière de l’agent.

Toutefois si le cursus de formation suivi dure deux ans au moins à plein temps, cette durée peut être portée à vingt quatre mois, soit 720 jours, sans que la durée totale de l’ensemble des CFP (indemnisés ou non) n’excède trois ans.

Il sollicitera, en cas d’accord du Comité Territorial (CT), le remboursement de cette indemnité mensuelle forfaitaire pendant la période sus-visée sur présentation d’une attestation mensuelle de présence effective établie par l’organisme formateur.

**B 06 | ATTESTATION DE NON INSCRIPTION DE L’ACTION DE FORMATION DEMANDÉE AU TITRE DU PLAN DE FORMATION**

**LE DIRECTEUR SOUSSIGNÉ CERTIFIE (COCHER LA CASE)**

QUE LA FORMATION SOLLICITÉE À TITRE INDIVIDUEL NE PEUT PAS RELEVER DU PLAN DE FORMATION

QUE LA FORMATION SOLLICITÉE À TITRE INDIVIDUEL N’A PAS ÉTÉ DEMANDÉE AU TITRE DU PLAN DE FORMATION

QUE LA FORMATION SOLLICITÉE À TITRE INDIVIDUEL A ÉTÉ DEMANDÉE À L’ÉTABLISSEMENT MAIS REFUSÉE

**B 07 | ÉTUDE PROMOTIONNELLE**

Dans le cas où la formation envisagée relève de l’arrêté du 23 novembre 2009 fixant la liste des diplômes et certificats du secteur sanitaire et social acquis en fin d’Études promotionnelles.

**LE DIRECTEUR SOUSSIGNÉ CERTIFIE**

avoir refusé la prise en charge au titre des Études promotionnelles pour le motif suivant (cocher la case)

IL N’Y A PAS DE POSTE VACANT DANS LES TROIS ANS CORRESPONDANT À L’ÉTUDE PROMOTIONNELLE ENVISAGÉE

LA FONCTION N’EXISTE PAS DANS L’ÉTABLISSEMENT

Y A-T-IL EU UNE DEMANDE AU TITRE DES FONDS MUTUALISÉS EP ?

AUTRE (1)

**(1) S’il s’agit d’un motif d’ordre financier, merci de préciser vos orientations ou vos engagements pour les années à venir en matière d’études promotionnelles.**

avoir informé l’agent qu’aucune possibilité d’emploi n’est prévue. En conséquence, l’agent a pris acte qu’il ne pourra prétendre obtenir la promotion souhaitée dans son établissement, à moins d’une vacance de poste inopinée qui n’aurait pu être prévue dans le cadre de la gestion prévisionnelle des effectifs. Dans cette perspective, il est invité à rechercher un poste correspondant à ses nouvelles compétences dans un autre établissement, afin de réaliser sa promotion par la voie d’une mobilité externe.

**B 08 | INFORMATIONS NÉCESSAIRES AU CALCUL DE L’INDEMNITÉ (appreciées au moment de la mise en CFP)**

INDICE BRUT

INDICE NOUVEAU MAJORÉ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TRAITEMENT MENSUEL BRUT INDICIAIRE (À L’EXCLUSION DE TOUTE PRIME ET INDEMNITÉ) | **A** | € |
|  |  |  |
| INDEMNITÉ RÉSIDENCE | **B** | € |
|  |  |  |
| **SOUS-TOTAL** | **C** | € |
|  |  |  |
| INDEMNITÉ MENSUELLE D = C X 85 % | **D** | € |

Le montant mensuel «D» de cette indemnité ne peut excéder celui du traitement brut et de l’indemnité de résidence afférents à l’indice brut 650 d’un agent en fonction à Paris

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TRAITEMENT MENSUEL BRUT+INDEMNITÉ DE RÉSIDENCE DE PARIS IB 650 (IM543) | **E** | € |
|  |  |  |
| MONTANT DE L’INDEMNITÉ MENSUELLE F=D SI D<E OU F=E SI D>E | **F** | € |
|  |  |  |
| SUPPLÉMENT FAMILIAL | **G** | € |
|  |  |  |
| CHARGES PATRONALES: REPORT DU TOTAL DES CHARGES MENSUELLES CALCULÉES EN B09 | **H** | € |
|  |  |  |
| **TOTAL MENSUEL I=F+G+H** | **I** | € |

#### €

€

**MONTANT DU REMBOURSEMENT I X NB DE JOURS/30**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **B 09 | DÉTAIL DES CHARGES PATRONALES – TITULAIRE OU STAGIAIRE** | | |
| Les charges patronales sont uniquement les charges obligatoires versées à l’URSSAF et à la CNRACL ou IRCANTEC selon les taux en vigueur au moment de la prise en charge (circulaire n°DHOS/RH4/2010/57 du 11 février 2010 relative à la mise en œuvre du congé de formation professionnelle des agents de la fonction publique hospitalière). |  | **ATTENTION** JOINDRE UNE COPIE DU DERNIER BULLETIN DE SALAIRE |
| **CHARGES PATRONALES MENSUELLES**  Calculées sur le traitement brut d’activité et non sur l’indemnité – l’assiette est le dernier traitement indiciaire brut (hors NBI) perçu avant la date du début de congé. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NATURE DE LA CHARGE | ASSIETTE | TAUX | MONTANT |
| URSAFF – maladie |  |  |  |
| URSAFF – prestations familiales |  |  |  |
| URSAFF - transport |  |  |  |
| URSAFF – solidarité autonomie |  |  |  |
| URSAFF – allocation logement plafonnée (pour les établissements dont les effectifs sont supérieurs à 20 agents |  |  |  |
| URSAFF – allocation logement limitée plafond S.S. |  |  |  |
| URSAFF - allocation logement au-dessus du plafond S.S. |  |  |  |
| CNRAL |  |  |  |
| CNRAL – ATI |  |  |  |
| FEH |  |  |  |
| RAFP |  |  |  |

**B 10 | LE DIRECTEUR DE L’ETABLISSEMENT**

FAIT À

LE

NOM DU SIGNATAIRE

CACHET DE L’ÉTABLISSEMENT

SIGNATURE

**L’AGENT A LE STATUT « CONTRACTUEL », VEUILLEZ TOURNER LA PAGE SVP**

**B 11 | DETAIL DES CHARGES PATRONALES – CONTRACTUEL**

Calculées sur l’indemnité majorée du supplément familial pour l’URSSAF = F+G du B08 – calculées sur l’indemnité seule pour l’IRCANTEC = F du B08

**ATTENTION** JOINDRE UNE COPIE DU DERNIER

BULLETIN DE SALAIRE.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NATURE DE LA CHARGE | ASSIETTE | TAUX | MONTANT |
| URSAFF – maladie |  |  |  |
| URSAFF – prestations familiales |  |  |  |
| URSAFF - transport |  |  |  |
| URSAFF – solidarité autonomie |  |  |  |
| URSAFF – allocation logement plafonnée (pour les établissements dont les effectifs sont supérieurs à 20 agents |  |  |  |
| URSAFF – allocation logement limitée plafond S.S. |  |  |  |
| URSAFF - allocation logement au-dessus du plafond S.S. |  |  |  |
| CNRAL |  |  |  |
| CNRAL – ATI |  |  |  |
| FEH |  |  |  |
| RAFP |  |  |  |

**B 12 | LE DIRECTEUR DE L’ETABLISSEMENT**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| FAIT À |  | LE |  | NOM DU SIGNATAIRE |  |

CACHET DE L’ÉTABLISSEMENT

SIGNATURE

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE



CONGÉ DE FORMATION

PROFESSIONNELLE (CFP)

**C**

À COMPLÉTER PAR **L’ORGANISME DE FORMATION**

**A partir de 2019 , pour pouvoir être financées, les form ations dans le cadre de dém arches individuelles devront être délivrées par des organismes Datadockés.**

Ce dossier constitue une demande de financement et non une inscription officielle dans votre centre. Merci de remplir ce dossier avec précision.

NOM – PRÉNOM DE L’AGENT

**C 01 | IDENTIFICATION**

NOM OU RAISON SOCIALE

ADRESSE

### 

CODE POSTAL

VILLE

NO D’ACTIVITÉ AU TITRE DE LA FORMATION CONTINUE EN COURS DE VALIDITÉ (obligatoire)



NO DE SIRET (obligatoire)

DATADOCKÉ OUI NON si OUI date de validation Datadock :

STATUT JURIDIQUE

DOSSIER SUIVI PAR

TÉLÉPHONE

E-MAIL

**C 02 |DESCRIPTIF DE LA FORMATION**

INTITULÉ

LIEU(X) DE FORMATION

**ATTENTION** JOINDRE IMPÉRATIVEMENT LE PROGRAMME DÉTAILLÉ MENTIONNANT LES MOYENS PÉDAGOGIQUES, TECHNIQUES ET D’ENCADREMENT

OBJECTIFS DE LA (DES) FORMATION(S)

**C 03 | CONDITIONS D’ADMISSION DU CANDIDAT (COCHER LES CASES)**

CONTRÔLE DES CONNAISSANCES ADMISSION PAR ENTRETIEN

CONCOURS ADMISSION SUR DOSSIER BILAN OU TEST

AUCUNE CONDITION AUTRES

**DÉCISION D’ADMISSION**

DATE D’ADMISSION

ADMIS

DATE PROBABLE DES RÉSULTATS

**Merci de communiquer ces résultats dès que possible.**

EN ATTENTE

**C 04 | SANCTION DE LA FORMATION (COCHER LES CASES)**

01

DIPLÔME DÉLIVRÉ PAR UN MINISTÈRE OU CERTIFICATION PROFESSIONNELLE INSCRITE AU RNCP (répertoire national des certifications professionnelles),

SOUS LE NUMÉRO : DATE D’EXPIRATION :

Précisez l’intitulé du diplôme/titre/certification :

02 FORMATION CERTIFIANTE RECONNUE PAR UN SECTEUR OU BRANCHE (exemple : titre ou CQP (Certificat de qualification professionnelle)) :

03 AUTRE OU ABSENCE DE SANCTION :

**C 05 | NIVEAU VISÉ À L’ISSUE DE LA FORMATION (COCHER LES CASES)**

01 NIVEAU 1 : SAVOIRS DE BASE

02 NIVEAU 2 : 1ER NIVEAU DE MAÎTRISE DE COMPÉTENCES RELATIVES À L’EXERCICE D’UN MÉTIER

03 NIVEAU 3 : CAP (EX NIVEAU V)

04 NIVEAU 4 : BAC (EX NIVEAU IV)

05 NIVEAU 5 : BAC+2, DUT, BTS (EX NIVEAU III)

06 NIVEAU 6 : LICENCE, MASTER 1 (EX NIVEAU II)

07 NIVEAU 7 : MASTER 2 (EX NIVEAU I)

08 NIVEAU 8 : DOCTORAT

SANS NIVEAU SPÉCIFIQUE

**C 06 | DATES (le CFP doit durer 10 jours minimum)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | DATE DE DÉBUT |  | DATE DE FIN |  | | |
| 1ère année de formation ou cycle ou module |  | au |  | soit |  | jours |

au

soit

jours

2e année de formation ou cycle ou module

au

soit

jours

3e année de formation ou cycle ou module

au

soit

jours

4e année de formation ou cycle ou module

TOTAL

jours

NOMBRE DE JOURS D’EXAMEN

jours

NOMBRE DE JOURS (Y COMPRIS EXAMEN)

jours

NOMBRE DE JOURS D’ENSEIGNEMENT PRATIQUE (STAGE)

jours

TOTAL GÉNÉRAL

jours

**C 07 | RYTHME DE LA FORMATION (joindre calendrier prévisionnel détaillé)**

QUELLE DURÉE DE TRAVAIL PERSONNEL ESTIMEZ-VOUS NÉCESSAIRE DE LA PART DU STAGIAIRE :

jours/année de formation

NOMBRE DE JOURS ENSEIGNEMENT PRATIQUE (STAGE)

jours

FORMATION EN CONTINU

FORMATION EN DISCONTINU

NOMBRE DE JOURS/SESSIONS

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RUBRIQUE OBLIGATOIRE** | | | | | | | |
| JOURS | L | M | M | J | V | S | D |
| HORAIRES MATIN |  |  |  |  |  |  |  |
| HORAIRES APRÈS-MIDI |  |  |  |  |  |  |  |
| TOTAL HEURES/JOUR |  |  |  |  |  |  |  |
| TOTAL HEURES ENSEIGNEMENT/SEMAINE | | | | | | |  |

année

PÉRIODES D’INTERRUPTION

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **C 08 | RÉPARTITION DES JOURS DE FORMATION PAR MOIS (10 JOURS MINIMUM AU TOTAL)** | | | | | | | | | | | | | | |
| Indiquer pour chaque mois le nombre de jours, stage(s) et examen(s) compris dans la formation | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | mois | | | | | | | | | | | | TOTAL |
| 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 |
|  | 20\_ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20\_ | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 20\_ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20\_ | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 20\_ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20\_ | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**INDIQUER IMPÉRATIVEMENT LES PÉRIODES D’INTERRUPTION DE LA FORMATION PLANIFIÉES PAR L’ORGANISME**

TOTAL GÉNÉRAL

**C 09 | COÛT INDIVIDUEL VALANT DEVIS**

COÛT DE FORMATION

Montant des frais de formation par année selon le tarif établi à la date de constitution du dossier et facturable à l’intéressé(e). (Coût en vigueur pour la durée de la formation).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | DATE DE DÉBUT |  | DATE DE FIN | € TTC |
| 1ÈRE ANNÉE DE FORMATION OU CYCLE DE FORMATION |  | au |  |
|  |  |  |  | € TTC |
| 2ÈME ANNÉE DE FORMATION OU CYCLE DE FORMATION |
|  |  |  |  | € TTC |
| 3ÈME ANNÉE DE FORMATION OU CYCLE DE FORMATION |
|  |  |  |  | € TTC |
| 4ÈME ANNÉE DE FORMATION OU CYCLE DE FORMATION |
|  |  |  |  | € TTC |
| **COÛT TOTAL DE LA FORMATION** |

AUTRES COÛTS (non compris dans total formation), à détailler ci-dessous

inscription

Documentation (joindre une liste)

€ TTC

€ TTC

Matériel (joindre une liste)

€ TTC

**SOUS-COÛT TOTAL DE LA FORMATION :**

€ TTC

**C 10 | HÉBERGEMENT — REPAS**

L’agent aura-t-il la possibilité de

BÉNÉFICIER D’UN HÉBERGEMENT FONCTIONNANT SOUS LE CONTRÔLE DE L’ADMINISTRATION

Précisez le coût unitaire:

PRENDRE SES REPAS DANS UN RESTAURANT ADMINISTRATIF OU UNIVERSITAIRE :

MIDI

SOIR

Précisez le coût unitaire:

**IMPORTANT**

LA CONVENTION DE FORMATION CONCLUE ENTRE L’AGENT ET L’ORGANISME N’ENGAGE PAS L’ANFH. LE SIGNATAIRE ATTESTE DE LA SINCÉRITÉ DE TOUS LES RENSEIGNEMENTS PORTÉS SUR LE PRÉSENT DOCUMENT, ET S’ENGAGE :

À FOURNIR, MENSUELLEMENT ET EN FIN DE FORMATION, LES ATTESTATIONS DE PRÉSENCE EN TROIS EXEMPLAIRES : L’UNE AU STAGIAIRE, LA SECONDE À L’ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR, ET LA TROISIÈME À L’ANFH,

SUR LE DEVIS FERME ET DÉFINITIF INDIQUANT LE COÛT DE LA FORMATION DÉFINI CI-DESSUS,

ET À CONCLURE AVEC L’AGENT LA CONVENTION DE FORMATION EN CONFORMITÉ AVEC LES ÉLÉMENTS DE COÛTS ET DE DURÉE INDIQUÉS CI-DESSUS.

NOM

FONCTION

TÉLÉPHONE

POSTE

FAIT À

LE

SIGNATURE

CACHET DE L’ORGANISME