

**DISPOSITIFS INDIVIDUELS**

**Validation des acquis et de l’expérience (VAE)** DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

# À LIRE AVANT DE REMPLIR

**LA DEMANDE DE FINANCEMENT D’UNE VAE**

## La demande de prise

en charge est constituée de 3 volets :

**VOLET A** à remplir et à signer par l’agent. Il faut y joindre la notification de recevabilité délivrée par l’organisme certificateur et la copie du dernier bulletin de salaire.

**VOLET B** à remplir par l’établissement employeur.

**VOLET C / C BIS** à remplir par l’organisme prestataire (accompagnement à la démarche VAE ou formation avant jury).

**Le volet C** est à compléter par l’organisme d’accompagnement pour solliciter la prise en charge financière d’un accompagnement méthodologique de 24h pour constituer le livret 2.

**Le volet C bis** est à remplir par l’organisme dispensant la formation (pour certains diplômes).

Tous les renseignements demandés dans le dossier sont indispensables pour instruire la demande de financement.

Pour toute question, n’hésitez pas à contacter le conseiller en dispositifs individuels de votre délégation régionale ANFH.

[www.anfh.fr/la-validation-des-](http://www.anfh.fr/la-validation-des-) acquis-de-l-experience-vae

Un dossier incomplet sera rejeté par le Comité de gestion régional (CGR).

Les 3 volets, dûment remplis doivent parvenir à la délégation régionale ANFH chargée de l’instruction du dossier sous pli recommandé avec accusé de réception.

La VAE permet à un agent de faire reconnaître son expérience

(professionnelle ou non) afin d’obtenir tout ou partie d’un diplôme, d’un titre ou d’un certificat professionnel.

À l’instar de la formation initiale

et de la formation continue, la VAE est une voie d’accès aux certifications reconnues.

Les livrets 1 et 2, qui servent à prouver les compétences

et connaissances acquises par l’expérience, demandent un travail important.

DATE DE DÉBUT

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

VALIDATION DES ACQUIS DE L’EXPÉRIENCE (VAE)

**A**

À COMPLÉTER PAR **L’AGENT**

**A 01 | IDENTITÉ (ÉCRIRE EN LETTRES CAPITALES)**

NOM

PRÉNOM

NOM DE JEUNE FILLE

DATE DE NAISSANCE

ADRESSE

CODE POSTAL

VILLE

(10 premiers chiffres)

NO SÉCURITÉ SOCIALE

EMAIL

TEL. PRO / POSTE

TEL. PERSO

**A 02 | SITUATION PROFESSIONNELLE**

NOM DE L’ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR

GRADE

FONCTION

SERVICE

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **A 03 | DIPLÔMES OBTENUS** | | | |
|  | SPÉCIALITÉ |  | SPÉCIALITÉ |
| I DEA - DESS - MASTER - DOCTORAT - INGÉNIEUR |  | IV BP - BAC - BT |  |
|  |  |  |  |
| II LICENCE - MASTER I | V BEP - CAP - CFPA |
|  |  |  |  |
| III BTS - DUT - DEUG | VI FIN DE SCOLARITÉ |
|  |  | INTITULÉ DU (DES) DIPLÔMES OBTENUS |  |

Spécifique aux professions de santé, secteur sanitaire ou social

**A 04 | DIPLÔME, TITRE OU CERTIFICAT VISÉ**

INTITULÉ

VOUS SOUHAITEZ OBTENIR UN FINANCEMENT POUR :

Accompagnement de 24 h (congé VAE), remplir formulaire C

Formation facultative (antérieure au passage devant le jury), remplir formulaire Cbis

DURÉE

DATE DE FIN

**A 05 | RECEVABILITÉ DU LIVRET 1**

RECEVABLE

EN ATTENTE DE LA NOTIFICATION DE RECEVABILITÉ (date probable de réception de la notification)

#### A 06 | FRAIS DE TRANSPORTS, D’HÉBERGEMENT ET DE RESTAURATION

SIGNATURE

**CADRE RÉSERVÉ**

**ATTENTION**

SI VOUS NE REMPLISSEZ PAS LES RUBRIQUES **A06 ET A07**, IL SERA CONSIDÉRÉ QUE VOUS NE SOLLICITEZ AUCUNE PRISE EN CHARGE DE CES FRAIS.

€

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

NOMBRE D’ALLER-RETOUR ENVISAGÉ PENDANT LA PÉRIODE INDEMNISÉE

**ATTENTION** JOINDRE UNE COPIE DU DERNIER BULLETIN DE SALAIRE ET UNE COPIE DE LA NOTIFICATION DE RECEVABILITÉ.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Le droit est ouvert lorsque la formation se déroule hors de la commune du lieu de travail ou hors de celle de la résidence familiale (une commune = une agglomération) | | | |
| **ACCOMPAGNEMENT** | | | |
| LIEU DE DÉPART |  | LIEU D’ARRIVÉE |  |

km

VÉHICULE PERSONNEL : NOMBRE DE KMS POUR UN ALLER-RETOUR\*

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

€

COÛT DU REPAS

NOMBRE DE REPAS\*\*

\*\* Plafonné selon la règlementation en vigueur

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FORMATION FACULTATIVE** (pour les seuls diplômes du secteur sanitaire et social) | | | |
| LIEU DE DÉPART |  | LIEU D’ARRIVÉE |  |

NOMBRE D’ALLER-RETOUR ENVISAGÉ PENDANT LA PÉRIODE INDEMNISÉE

€

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

km

VÉHICULE PERSONNEL : NOMBRE DE KMS POUR UN ALLER-RETOUR\*

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

**CADRE RÉSERVÉ**

€

\*\* En cas de double résidence et plafonnée selon la règlementation en vigueur

COÛT DE LA NUITÉE

NOMBRE DE NUITÉES\*\*

€

\*\*\* Plafonné selon la règlementation en vigueur

COÛT DU REPAS

NOMBRE DE REPAS\*\*\*

**REMARQUE IMPORTANTE** Si vous êtes contraint, faute de transport en commun, d’utiliser votre véhicule personnel, il vous appartient de vous 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 no 92-566 du 25/02/92).

#### A 07 | FRAIS ANNEXES

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| FRAIS DE DOSSIER | € | DROITS UNIVERSITAIRES | € | FRAIS DE JURY | € |
|  |  |  |  |  |  |
| TIMBRES FISCAUX | € | AUTRES (préciser) |  |  | € |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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. | | | |
| FAIT À |  | LE |  |

AUTORISATION D’ABSENCE

VALIDATION DES ACQUIS DE L’EXPÉRIENCE (VAE)

**B**

À COMPLÉTER PAR **L’ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR**

Vous autorisez l’agent à s’absenter pour mener une démarche VAE. Toutes les informations demandées sont indispensables pour instruire le dossier. L’ANFH vous informera de la décision de prise en charge financière.

**B 01 | L’ÉTABLISSEMENT**

NOM

ADRESSE

CODE POSTAL

VILLE

TÉLÉPHONE

TÉLÉCOPIE

EMAIL

TÉLÉPHONE

POSTE

DOSSIER SUIVI PAR

**B 02 | AUTORISE LE SALARIÉ**

NOM

PRÉNOM

NOM DE JEUNE FILLE

GRADE

FONCTION

SERVICE

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

STATUT (cocher la case) TITULAIRE STAGIAIRE CONTRACTUEL

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **B 03 | À S’ABSENTER** | **POUR** | **SUIVRE** | **LA** | **VAE** | **COMME** | **DÉFINI CI-DESSOUS** | | |
| OBJET DE L’ABSENCE : | DATE DE DÉBUT | | | | | | DATE DE FIN | DURÉE TOTALE (heures) |

Accompagnement 24 h / congé VAE

Formation facultative (antérieure au passage devant le jury)

**B 04 | CERTIFIE**

Que cette demande n’est pas prise en charge dans le cadre du plan de formation de l’établissement au motif suivant :

**B 05 | LE DIRECTEUR DE L’ÉTABLISSEMENT**

* Certifie que l’établissement est à jour dans le versement de sa contribution du 0,2 % ;
* certifie l’exactitude de tous les renseignements portés sur le présent document ;
* certifie que l’agent est éligible au(x) dispositif(s) sollicité(s) et s’engage à faire connaître à l’ANFH toutes modifications dans sa situation (congé maladie, longue maladie, mi-temps thérapeutique…).

FAIT À

LE

NOM DU SIGNATAIRE

CACHET DE L’ÉTABLISSEMENT

SIGNATURE

LE

FAIT À

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

Accompagnement 24h / congé VAE

VALIDATION DES ACQUIS DE L’EXPÉRIENCE (VAE)

**C**

À COMPLÉTER PAR **L’ORGANISME D’ACCOMPAGNEMENT**

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

**C 01 | IDENTITÉ DE L’ORGANISME**

NOM OU RAISON SOCIALE

ADRESSE

### 

CODE POSTAL

VILLE

NOM DE LA PERSONNE À CONTACTER

TÉLÉPHONE

FAX

E-MAIL

STATUT JURIDIQUE

NO DE DÉCLARATION D’ACTIVITÉ

NO DE SIRET

**C 02 | DESCRIPTIF DE LA PRESTATION**

NOM ET PRÉNOM DU DEMANDEUR

INTITULÉ DE LA CERTIFICATION VISÉE

DATE DE DÉBUT

DATE DE FIN

DURÉE TOTALE (HEURES)

NOMBRE DE SÉANCES

LIEU DE L’ACCOMPAGNEMENT

**C 03 | COÛT VALANT DEVIS**

Votre organisme est-il assujetti à la TVA ? OUI NON

TARIF HORAIRE TTC \* € €

COÛT TOTAL TTC

\* Tarif horaire applicable pour la durée de la prestation

La facturation sera établie en fonction du nombre d’heures réellement réalisées et indiquées sur l’attestation de fréquentation effective, et ne pourra en aucune façon dépasser la durée indiquée.

|  |
| --- |
| **C 04 |** |
| Le signataire atteste de la sincérité de tous les renseignements portés sur le présent document, et s’engage :   * à fournir, mensuellement et en fin d’accompagnement, les attestations de présence en trois exemplaires : l’une au bénéficiaire, la seconde à l’établissement, et la troisième à l’ANFH, * sur le montant ferme et définitif du coût de la formation défini ci-dessus, * et à conclure avec l’agent la convention de prestation en conformité avec les éléments de coûts et de durée indiqués ci-dessus. |
| J’atteste la sincérité des renseignements portés sur le présent document. |

### 

NOM

QUALITÉ DU SIGNATAIRE

SIGNATURE

CACHET DE L’ORGANISME

LE

FAIT À

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

Formation facultative

VALIDATION DES ACQUIS DE L’EXPÉRIENCE (VAE)

**C** bis

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

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

**C 01 | IDENTITÉ DE L’ORGANISME**

NOM OU RAISON SOCIALE

ADRESSE

### 

CODE POSTAL

VILLE

NOM DE LA PERSONNE À CONTACTER

TÉLÉPHONE

FAX

E-MAIL

STATUT JURIDIQUE

NO DE DÉCLARATION D’ACTIVITÉ

NO DE SIRET

**C 02 | DESCRIPTIF DE LA FORMATION**

NOM ET PRÉNOM DU DEMANDEUR

INTITULÉ DE LA FORMATION

DATE DE DÉBUT

DATE DE FIN

DURÉE (HEURES)

LIEU DE LA FORMATION

FORMATION EN CONTINU FORMATION EN DISCONTINU

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CALENDRIER DE LA FORMATION (en jours) | | | | | | | | | | | | |
| MOIS | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 |
| 20—— |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20—— |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Le demandeur aura-t-il la possibilité de prendre ses repas dans un restaurant administratif ou universitaire ? OUI NON

**C 03 | COÛT VALANT DEVIS**

Votre organisme est-il assujetti à la TVA ?

OUI

NON

€

COÛT TOTAL TTC

|  |
| --- |
| **C 04 |** |
| Le signataire atteste de la sincérité de tous les renseignements portés sur le présent document, et s’engage :   * à fournir, mensuellement et en fin d’accompagnement, les attestations de présence en trois exemplaires : l’une au bénéficiaire, la seconde à l’établissement, et la troisième à l’ANFH, * sur le montant ferme et définitif du coût de la formation défini ci-dessus, * et à conclure avec l’agent la convention de prestation en conformité avec les éléments de coûts et de durée indiqués ci-dessus. |
| J’atteste la sincérité des renseignements portés sur le présent document. |

NOM

QUALITÉ DU SIGNATAIRE

SIGNATURE

CACHET DE L’ORGANISME