

DEMANDE DE FONDS REGIONAL D'ACCOMPAGNEMENT DES PLANS - F.R.A.P.

ETABLISSEMENT

Priorité :

Nom établissement :

Personne(s) à contacter :

Mail :

Téléphone :

Avis CTE :

Choisir

Date :

CONTEXTE JUSTIFIANT LA DEMANDE

SITUATION FINANCIERE DE L'ETABLISSEMENT

Montant de l'enveloppe	0,00
Montant du Plan engagé	0,00

ACTION DE FORMATION

Nom de l'organisme :

Intitulé de la formation :

Date de début de formation :

Nombre d'agents :

Date de fin de formation :

Nombre de jours :

Lieu de formation :

Nombre d'heures :

Joindre impérativement la convention ou le devis, et le programme de la formation

FINANCEMENT

Nature de dépenses	Déplacement	Enseignement	Traitement	TOTAL
Coût de l'action de formation	0,00	0,00	0,00	0,00
Montant de l'aide demandée	0,00	0,00	0,00	0,00

L'établissement atteste avoir pris connaissance des conditions de prise en charge de l'ANFH et certifie l'exactitude des renseignements fournis et la conformité des documents joints.

Le Directeur de l'établissement

Fait à

le

Signature et cachet de l'établissement