

# DEMANDE DE REMBOURSEMENT FRAIS DE TRAITEMENT



ETABLISSEMENT : ..... N° ACTION : .....  
N° DAPEC : ..... N° DOSSIER : ..... N° GROUPE : .....  
INTITULE DE LA FORMATION : .....

Nom de l'agent parti	Grade	Heures	Taux	Montant
----------------------	-------	--------	------	---------

Montant total €

DATES DE REMPLACEMENT : .....

IMPUTATION  85 % du 2,1 %  AUTRE : ..... (préciser)

ENSEIGNEMENT : .....

SITUATION  SOLDE (dernier règlement de traitement sur cet exercice)  EN COURS

Joindre un titre de recette ainsi qu'une copie des bulletins de salaire de(s) l'agent(s) parti(s)

## LE DIRECTEUR, SOUSSIGNE, CERTIFIE QUE :

- être en possession des attestations de présence afférentes à la période indiquée ci-dessus,
- que la formation est dispensée par un prestataire de formation disposant d'un numéro de déclaration d'activité valide avec lequel une convention a été signée,
- que l'agent (ou les agents) ci-dessus a (ou ont) été effectivement remplacé(s).

Fait à : ..... le : .....

Signature de l'Ordonnateur et Cachet

RESERVE ANFH

Numéro DR : ..... / ..... / .....