



Anfh

Association nationale
pour la formation permanente
du personnel hospitalier

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 / CBIS 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 une prise en charge financière d'un accompagnement méthodologique de 24h maximum 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.

Un dossier incomplet sera rejeté par le Comité Territorial (CT).

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

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

www.anfh.fr/la-validation-des-acquis-de-l-experience-vae

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.

Un accompagnement méthodologique peut être financé par l'ANFH et faire l'objet d'une autorisation d'absence, le congé VAE. la durée de ce congé peut aller jusqu'à 24 heures.

Pour les agents ciblés par le décret du 22 juillet 2022, il peut durer jusqu'à 72 heures.

Pour que la prestation soit financée, le prestataire devra être inscrit sur la liste publique des organismes de formation et être certifié Qualiopi pour les prestations VAE. Le justification Qualiopi précisant typologie VAE devra être fourni.

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE VALIDATION DES ACQUIS DE L'EXPÉRIENCE (VAE)

Le dossier est à renvoyer **COMPLET** en RAR 3 semaines minimum

AVANT le début de l'accompagnement

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 |
| EMAIL | |
| TEL. PRO / POSTE | TEL. PERSO |

A 02 | SITUATION PROFESSIONNELLE

| | |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOM DE L'ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR | |
| GRADE | MÉTIER |
| STATUT (cocher la case) | TITULAIRE STAGIAIRE CONTRACTUEL(LE) si CDD, la prestation de doit pas aller au-delà de la fin du contrat en cours |

A 04 | DIPLÔME, TITRE OU CERTIFICAT VISÉ

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| INTITULÉ | |
| VOUS SOUHAITEZ OBTENIR UN FINANCEMENT POUR : | DATE DE DÉBUT DATE DE FIN DURÉE |
| Accompagnement de 24h (congé VAE), remplir formulaire C | |
| Formation facultative (antérieure au passage devant le jury), remplir formulaire Cbis | |

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

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). **La prise en charge de ces frais n'est pas systématique et est laissée à l'appréciation du Comité Territorial. Consulter les modalités de prise en charge de votre territoire.**

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

ACCOMPAGNEMENT

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| LIEU DE DÉPART | LIEU D'ARRIVÉE |
| NOMBRE D'ALLER-RETOUR ENVISAGÉ PENDANT LA PÉRIODE INDEMNISÉE | |
| SNCF (2 ^e CLASSE) : COÛT DU BILLET ALLER-RETOUR PLEIN TARIF | € |
| VÉHICULE PERSONNEL : NOMBRE DE KMS POUR UN ALLER-RETOUR* | km |
| * Attention : le remboursement se fait sur la base du tarif kilométrique SNCF 2 ^e classe | |
| NOMBRE DE REPAS** | COÛT DU REPAS |
| | € |

** Plafonné selon la réglementation en vigueur

CADRE RÉSERVÉ

FORMATION FACULTATIVE (pour les seuls diplômés du secteur sanitaire et social)**CADRE RÉSERVÉ**

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----|
| LIEU DE DÉPART | LIEU D'ARRIVÉE | |
| NOMBRE D'ALLER-RETOUR ENVISAGÉ PENDANT LA PÉRIODE INDEMNISÉE | | |
| SNCF (2 ^E CLASSE) : COÛT DU BILLET ALLER-RETOUR PLEIN TARIF | | € |
| VÉHICULE PERSONNEL : NOMBRE DE KMS POUR UN ALLER-RETOUR* | | km |
| * Attention : le remboursement se fait sur la base du tarif kilométrique SNCF 2 ^e classe | | |
| NOMBRE DE NUITÉES** | COÛT DE LA NUITÉE | € |
| ** En cas de double résidence et plafonnée selon la réglementation en vigueur | | |
| NOMBRE DE REPAS*** | COÛT DU REPAS | € |
| *** Plafonné selon la réglementation en vigueur | | |

REMARQUE IMPORTANTE Si vous êtes contraint, faute de transport en commun, d'utiliser votre véhicule personnel, il vous appartient de souscrire une attestation d'assurance garantissant d'une manière illimitée, votre responsabilité personnelle, ou bien une attestation par laquelle vous reconnaissez être votre propre assureur.

A 07 | FRAIS ANNEXES - selon modalités territoriales de prise en charge - FOURNIR UN DEVIS

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

A 08 | CATÉGORIES D'AGENTS OUVRANT DROIT À DES AJUSTEMENTS

(Article L. 422-3 du code général de la fonction publique ciblé par le décret du 22 juillet 2022)

Les catégories d'agents faisant partie de l'Article L. 422-3 du code général de la fonction publique ciblé par le décret du 22 juillet 2022 peuvent bénéficier d'un congé VAE pouvant aller jusqu'à 72 heures.

Justificatif afférent à fournir

agents appartenant à un corps ou à un cadre d'emplois de catégorie C ou agent contractuel qui occupe un emploi de niveau de catégorie C, et qui n'a pas atteint un niveau de formation sanctionné par un diplôme ou un titre professionnel correspondant à un niveau IV (infra bac)

Attestation sur l'honneur

agents publics en situation de handicap mentionnés à l'article L. 131-8 CGFP (publics bénéficiant de l'obligation d'emploi instituée par l'article L. 5212-2 du code du travail)

Justificatif RQTH

agents pour lesquels il est constaté, après avis du médecin du travail compétent, qu'ils sont particulièrement exposés, compte tenu de leur situation professionnelle individuelle, à un risque d'usure professionnelle

Attestation du médecin du travail

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.

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

FAIT À _____ LE _____
 SIGNATURE _____

Les informations collectées par l'ANFH, directement auprès de vous via ce formulaire, font l'objet d'un traitement de données ayant pour finalité la gestion de votre demande de prise en charge financière de votre congé VAE. Le traitement est fondé sur l'intérêt légitime de l'ANFH de réaliser son activité en tant que gestionnaire du dispositif congé VAE (Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 ; Décret n°2006-1685 du 22 décembre 2006 version en vigueur). L'ensemble des informations sont obligatoires et nécessaires pour analyser votre demande. A défaut, l'ANFH ne sera pas en mesure d'analyser votre dossier. Ces informations sont à destination de personnes habilitées de l'ANFH et des autorités publiques concernées, et seront conservées pendant 10 ans à compter de l'exercice du dernier paiement et 2 ans à compter de l'exercice du refus de financement.

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel, vous disposez des droits suivants sur vos données : droit d'accès, droit de rectification, droit à l'effacement (droit à l'oubli), droit d'opposition, droit à la limitation du traitement, droit à la portabilité. Vous pouvez également définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès. Vous pouvez, pour des motifs tenant à votre situation particulière, vous opposer à tout moment au traitement des données vous concernant. Pour exercer vos droits, merci d'adresser votre courrier RAR au DPD de l'ANFH, 265 Rue de Charenton, 75012 Paris, ou à l'adresse email du DPD protectiondesdonnees@anh.fr. Nous vous recommandons de joindre la copie d'une pièce d'identité.

Sous réserve d'un manquement aux dispositions ci-dessus, vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL (www.cnil.fr).

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

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 | CERTIFIÉ

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

B 04 | ET DEMANDE, SOUS RÉSERVE DE LA RÉALISATION LA VAE, LE REMBOURSEMENT DU SALAIRE DE L'AGENT SUR LA BASE D'UN COÛT HORAIRE*

SALAIRE HORAIRE TTC* € x NOMBRE D'HEURES** = COÛT TTC €

* Traitement, primes et indemnités y compris les indemnités à caractère familial, charges URSSAF, CNRACL, IRCANTEC.

** La facturation sera établie sur le nombre d'heures réellement réalisées et ne pourra en aucune façon dépasser la durée indiquée.

TAUX CHARGE PATRONALE TRANSPORT (pour les titulaires, stagiaires et contractuels) %.

TAUX CHARGE PATRONALE ACCIDENT DE TRAVAIL (uniquement pour les contractuels) %

ATTENTION JOINDRE OBLIGATOIREMENT UNE COPIE DU DERNIER BULLETIN DE SALAIRE

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 ;

FAIT À LE NOM DU SIGNATAIRE

CACHET DE L'ÉTABLISSEMENT

SIGNATURE

Les informations collectées par l'ANFH, directement auprès de vous via ce formulaire, font l'objet d'un traitement de données ayant pour finalité la gestion de votre demande de prise en charge financière de votre congé VAE. Le traitement est fondé sur l'intérêt légitime de l'ANFH de réaliser son activité en tant que gestionnaire du dispositif congé VAE (Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 ; Décret n°2006-1685 du 22 décembre 2006 version en vigueur). L'ensemble des informations sont obligatoires et nécessaires pour analyser votre demande. A défaut, l'ANFH ne sera pas en mesure d'analyser votre dossier. Ces informations sont à destination de personnes habilitées de l'ANFH et des autorités publiques concernées, et seront conservées pendant 10 ans à compter de l'exercice du dernier paiement et 2 ans à compter de l'exercice du refus de financement.

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel, vous disposez des droits suivants sur vos données : droit d'accès, droit de rectification, droit à l'effacement (droit à l'oubli), droit d'opposition, droit à la limitation du traitement, droit à la portabilité. Vous pouvez également définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès. Vous pouvez, pour des motifs tenant à votre situation particulière, vous opposer à tout moment au traitement des données vous concernant. Pour exercer vos droits, merci d'adresser votre courrier RAR au DPD de l'ANFH, 265 Rue de Charenton, 75012 Paris, ou à l'adresse email du DPD protectiondesdonnees@anfh.fr. Nous vous recommandons de joindre la copie d'une pièce d'identité.

Sous réserve d'un manquement aux dispositions ci-dessus, vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL (www.cnil.fr).

NB : l'établissement employeur s'engage à respecter le Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des données à caractère personnel (dit « RGPD ») et la loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, ainsi qu'à toute réglementation applicable dans le cadre de la protection des données.

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

Accompagnement 24h / congé VAE

VALIDATION DES ACQUIS DE L'EXPÉRIENCE (VAE)

C

À COMPLÉTER PAR L'ORGANISME D'ACCOMPAGNEMENT

Pour pouvoir être financée la formation doit être dispensée par un organisme datadocké ou certifié Qualiopi.

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

ATTENTION

JOINDRE OBLIGATOIREMENT LE
CERTIFICAT EN CAS DE
CERTIFICATION QUALIOPi

C01 | IDENTITÉ DE L'ORGANISME

NOM OU RAISON SOCIALE

ADRESSE

CODE POSTAL

VILLE

NOM DE LA PERSONNE À CONTACTER

TÉLÉPHONE

FAX

E-MAIL

STATUT JURIDIQUE

N° DE DÉCLARATION D'ACTIVITÉ

N° DE SIRET

L'ORGANISME EST :

RÉFÉRENCÉ DATADOCK

Date de validation Datadock :

CERTIFIÉ QUALIOPi

Certificateur ou instance de labellisation :

Numéro du certificat :

Date de début de validité de certification :

date de fin :

C02 | 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

C03 | COÛT VALANT DEVIS

Votre organisme est-il assujéti 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.

C04 | ENGAGEMENT DE L'ORGANISME PRESTATAIRE

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.

FAIT À

LE

NOM

QUALITÉ DU SIGNATAIRE

SIGNATURE

CACHET DE L'ORGANISME

Les informations collectées par l'ANFH, directement auprès de vous via ce formulaire, font l'objet d'un traitement de données ayant pour finalité la gestion de votre demande de prise en charge financière de votre congé VAE. Le traitement est fondé sur l'intérêt légitime de l'ANFH de réaliser son activité en tant que gestionnaire du dispositif congé VAE (Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 ; Décret n°2006-1685 du 22 décembre 2006 version en vigueur). L'ensemble des informations sont obligatoires et nécessaires pour analyser votre demande. A défaut, l'ANFH ne sera pas en mesure d'analyser votre dossier. Ces informations sont à destination de personnes habilitées de l'ANFH et des autorités publiques concernées, et seront conservées pendant 10 ans à compter de l'exercice du dernier paiement et 2 ans à compter de l'exercice du refus de financement.

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel, vous disposez des droits suivants sur vos données : droit d'accès, droit de rectification, droit à l'effacement (droit à l'oubli), droit d'opposition, droit à la limitation du traitement, droit à la portabilité. Vous pouvez également définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès. Vous pouvez, pour des motifs tenant à votre situation particulière, vous opposer à tout moment au traitement des données vous concernant. Pour exercer vos droits, merci d'adresser votre courrier RAR au DPD de l'ANFH, 265 Rue de Charenton, 75012 Paris, ou à l'adresse email du DPD protectiondesdonnees@anfh.fr. Nous vous recommandons de joindre la copie d'une pièce d'identité.

Sous réserve d'un manquement aux dispositions ci-dessus, vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL (www.cnil.fr).

NB : L'organisme de formation s'engage à respecter le Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des données à caractère personnel (dit « RGPD ») et la loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, ainsi qu'à toute réglementation applicable dans le cadre de la protection des données.

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

Formation facultative

VALIDATION DES ACQUIS DE L'EXPÉRIENCE (VAE)

UNIQUEMENT pour les
diplômes Aide-Soignant et
Auxiliaire-Puériculture

Cbis

À COMPLÉTER PAR L'ORGANISME DE FORMATION

Pour pouvoir être financée la formation doit être dispensée par un organisme datadocké ou certifié Qualiopi.

ATTENTION

JOINDRE
OBLIGATOIREMENT LE
CERTIFICAT EN CAS DE
CERTIFICATION QUALIOPi

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

C01 | IDENTITÉ DE L'ORGANISME

NOM OU RAISON SOCIALE

ADRESSE

CODE POSTAL

VILLE

NOM DE LA PERSONNE À CONTACTER

TÉLÉPHONE

FAX

E-MAIL

STATUT JURIDIQUE

N° DE DÉCLARATION D'ACTIVITÉ

N° DE SIRET

L'ORGANISME EST :

RÉFÉRENCÉ DATADOCK

Date de validation Datadock :

CERTIFIÉ QUALIOPi

Certificateur ou instance de labellisation :

Numéro du certificat :

Date de début de validité de certification :

date de fin :

C02 | 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

C03 | COÛT VALANT DEVIS

Votre organisme est-il assujéti à la TVA?

OUI

NON

COÛT TOTAL TTC

€

C04 | ENGAGEMENT DE L'ORGANISME PRESTATAIRE

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.

FAIT À

LE

NOM

QUALITÉ DU SIGNATAIRE

SIGNATURE

CACHET DE L'ORGANISME

Les informations collectées par l'ANFH, directement auprès de vous via ce formulaire, font l'objet d'un traitement de données ayant pour finalité la gestion de votre demande de prise en charge financière de votre congé VAE. Le traitement est fondé sur l'intérêt légitime de l'ANFH de réaliser son activité en tant que gestionnaire du dispositif congé VAE (Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 ; Décret n°2006-1685 du 22 décembre 2006 version en vigueur). L'ensemble des informations sont obligatoires et nécessaires pour analyser votre demande. A défaut, l'ANFH ne sera pas en mesure d'analyser votre dossier. Ces informations sont à destination de personnes habilitées de l'ANFH et des autorités publiques concernées, et seront conservées pendant 10 ans à compter de l'exercice du dernier paiement et 2 ans à compter de l'exercice du refus de financement.

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel, vous disposez des droits suivants sur vos données : droit d'accès, droit de rectification, droit à l'effacement (droit à l'oubli), droit d'opposition, droit à la limitation du traitement, droit à la portabilité. Vous pouvez également définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès. Vous pouvez, pour des motifs tenant à votre situation particulière, vous opposer à tout moment au traitement des données vous concernant. Pour exercer vos droits, merci d'adresser votre courrier RAR au DPD de l'ANFH, 265 Rue de Charenton, 75012 Paris, ou à l'adresse email du DPD protectiondesdonnees@anh.fr. Nous vous recommandons de joindre la copie d'une pièce d'identité.

Sous réserve d'un manquement aux dispositions ci-dessus, vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL (www.cnil.fr).

NB : L'organisme de formation s'engage à respecter le Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des données à caractère personnel (dit « RGPD ») et la loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, ainsi qu'à toute réglementation applicable dans le cadre de la protection des données.

**CONTACTER
LES DÉLÉGATIONS ANFH**

AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

ANFH AUVERGNE

Départements : 03 - 15 - 43 - 63
26, rue Le Corbusier
ZAC des Acilloux
63800 Courmon d'Auvergne
tél : 04 73 28 67 40
auvergne@anfh.fr
www.anfh.fr/auvergne

ANFH RHÔNE

Départements : 01 - 07 - 42 - 69
75 Cours Emile Zola
BP 22174
69603 Villeurbanne Cedex
tél: 04.72.82.13.20
rhone@anfh.fr
www.anfh.fr/rhone

ANFH ALPES

Départements : 26 - 38 - 73 - 74
26, rue Gustave Eiffel
CS 10632
38024 Grenoble Cedex 1
tél : 04 76 04 10 40
alpes@anfh.fr
www.anfh.fr/alpes

**BOURGOGNE FRANCHE-
COMTE**

ANFH BOURGOGNE

Départements : 21 - 58 - 71 - 89
14, rue Nodot
BP 81574
21015 Dijon Cedex
tél. : 03 80 41 25 54
bourgogne@anfh.fr
www.anfh.fr/bourgogne

ANFH FRANCHE-COMTE

Départements : 25 - 39 - 70 - 90
9 Rue Jean-Baptiste Proudhon
25000 Besançon
tél: 03 81 82 00 32
franchecomte@anfh.fr
www.anfh.fr/franche-comte

ANFH BRETAGNE

Départements : 22 - 29 - 35 - 56
Le Magister
6, cours Raphaël-Binet
CS94332
35043 Rennes Cedex
tél : 02 99 35 28 60
bretagne@anfh.fr
www.anfh.fr/bretagne

ANFH CENTRE - VAL DE LOIRE

Départements : 18 - 28 - 36 - 37 - 41 - 45
7, rue Copernic
41260 La Chaussée-Saint-Victor
tél : 02 54 74 65 77
centre@anfh.fr

www.anfh.fr/centre

ANFH CORSE

Départements : 2A - 2B
Bât. C - parc du Belvédère
avenue de la Libération
20000 Ajaccio
tél. : 04 95 21 42 66
corse@anfh.fr
www.anfh.fr/corse

GRAND EST

ANFH ALSACE

Départements : 67 - 68
Immeuble «le Sébastopol»
5ème étage
3, quai Kléber
67000 Strasbourg
tél : 03 88 21 47 00
alsace@anfh.fr
www.anfh.fr/alsace

ANFH CHAMPAGNE-ARDENNE

Départements : 08 - 10 - 51 - 52
20, rue Simon
51723 Reims Cedex
tél : 03 26 87 78 20
champagneardenne@anfh.fr
www.anfh.fr/champagne-ardenne

ANFH LORRAINE

Départements : 54 - 55 - 57 - 88
7, rue Albert-Einstein
54320 Maxéville
tél. : 03 83 15 17 34
lorraine@anfh.fr
www.anfh.fr/lorraine

ANFH GUYANE

Départements : 973
Résidence Man'cia
1897 Route De Montjoly
97354 Remire Montjoly
tél. : 05 94 29 30 31
guyane@anfh.fr
www.anfh.fr/guyane

HAUTS DE FRANCE

ANFH NORD-PAS-DE-CALAIS

Départements : 59 - 62
Immeuble le nouveau siècle
2, place Pierre-Mendès-France
59000 LILLE
tél : 03 20 08 06 70
nordpasdecalsais@anfh.fr
www.anfh.fr/nord-pas-de-calais

ANFH PICARDIE

Départements : 02 - 60 - 80
Immeuble Le Pomerol
15, avenue d'Italie
80090 Amiens
tél : 03 22 71 31 31
picardie@anfh.fr
www.anfh.fr/picardie

ANFH ILE-DE-FRANCE

3-5 Rue Ferrus
75014 Paris
Tél. : 01 53 82 87 88
Fax: 01 53 82 82 39
iledefrance@anfh.fr
www.anfh.fr/ile-de-france

ANFH MARTINIQUE

Départements : 972
Immeuble Jamesby
Zone De Manhity
97232 Le Lamentin
tél: 05.96.42.10.60
martinique@anfh.fr
www.anfh.fr/martinique

NORMANDIE

ANFH BASSE-NORMANDIE

Départements : 14 - 50 - 61
Parc Athéna
1 Rue Andreï Sakharov
14280 Saint Contest
tél : 02.31.46.71.60
bassenormandie@anfh.fr

ANFH HAUTE-NORMANDIE

Départements : 27 - 76
85 A, rue Jean-Lecanuet
76107 Rouen Cedex
tél : 02 32 08 10 40
hautenormandie@anfh.fr

NOUVELLE AQUITAINE

ANFH AQUITAINE

Départements : 24 - 33 - 40 - 47 - 64
232, avenue du Haut-Lévêque
CS 40031
33615 Pessac Cedex
tél : 05 57 35 01 70
aquitaine@anfh.fr
www.anfh.fr/aquitaine

ANFH LIMOUSIN

Départements : 19 - 23 - 87
17, rue Columbia
Parc Ester Technopole
87068 Limoges cedex
tél : 05 55 31 12 09
limousin@anfh.fr
www.anfh.fr/limousin

ANFH POITOU-CHARENTES

Départements : 16 - 17 - 79 - 86
22, rue Gay-Lussac
BP 40951
86038 Poitiers Cedex
tél : 05 49 61 44 46
poitoucharentes@anfh.fr
www.anfh.fr/poitou-charentes

OCCITANIE

**ANFH LANGUEDOC-
ROUSSILLON**

Départements : 11 - 30 - 34 - 48 - 66
Immeuble Le Fahrenheit
ZAC Hippocrate
120, av. Nina-Simone
34000 Montpellier
tél : 04 67 04 35 10
languedocroussillon@anfh.fr
www.anfh.fr/languedoc-roussillon

ANFH MIDI-PYRENEES

Départements : 09 - 12 - 31 - 32 - 46
- 65 - 81 - 82
Parc du Canal
1, rue Giotto
31520 Ramonville Saint-Agne
tél : 05 61 14 78 68
midipyrenees@anfh.fr
www.anfh.fr/midi-pyrenees

ANFH OCEAN INDIEN

Départements : 974 - 976
Les Ateliers Roquefeuil
11, Avenue De La Grande Ourse
97434 Saint-gilles-les-bains
tél. : 02 62 90 10 20
oceanindien@anfh.fr
www.anfh.fr/ocean-indien

ANFH PAYS DE LA LOIRE

Départements : 44 - 49 - 53 - 72 - 85
1, bd Salvador-Allende
Les Salorges II - CS 60532
44105 Nantes Cedex 4
tél : 02 51 84 91 20
paysdelaloire@anfh.fr
www.anfh.fr/pays-de-la-loire

**ANFH
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR**

Dép : 04 - 05 - 06 - 13 - 83 - 84
2, rue Henri Barbusse
CS 20297
13232 Marseille Cedex 1
tél : 04 91 17 71 30
provence@anfh.fr
www.anfh.fr/provence-alpes-cote-d-azur

SIÈGE NATIONAL

265, rue de Charenton
CS 51218
75578 PARIS Cedex 12
Tél: 01 44 75 68 00
Fax: 01 44 75 68 68
communication@anfh.fr
www.anfh.fr

