

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE POUR LE FINANCEMENT DES ETUDES PROMOTIONNELLES 2019

(une fiche par agent accompagnée du bulletin de salaire de novembre 2018 + feuille de calcul Excel + attestation d'admission)

ETABLISSEMENT :

Date de CTE : Avis : Favorable Défavorable Ordre de priorité du dossier

AGENT : Mme - Mlle - M. : Prénom : Mobilisation CPF oui non
(Copie du contrat de travail si CDD) Compte personnel de formation **Nombre d'heures :**



Emploi/grade : Report : oui non Liste principale : oui non

Date d'admission (concours, VAE) :/...../..... Redoublement : oui non N° modules (cursus partiel) :

INTITULE DE FORMATION :

Date de début de scolarité :/...../..... Nbre d'heures de formation :

Date de fin de scolarité :/...../..... Nbre d'heures en stage :

Organisme de formation :

Numéro de déclaration d'activité : SIRET :

COUT ET REPARTITION : Respecter les forfaits 2019 par diplôme et la priorisation des frais

Date de début jj/mm/aa	Date de fin jj/mm/aa	FINANCEMENT	① Frais pédagogiques	② Frais de déplacement	③ Frais de salaire Forfait 3 ^{ème} échelon	TOTAL
/ /2018	/ /	GUICHET UNIQUE dans la limite du forfait	€	€	€	€
		PLAN 2.1%		€	€	€

FORFAITS DES DIPLOMES PRIORITAIRES :

- | | | | |
|---|-----------------|-----------------------------------|------------------|
| • DE accompagnant Educatif et Social | 15 000 € | • DE ergothérapeute | 95 000 € |
| • DE aide-soignant | 30 000 € | • DE IDE puéricultrice | 40 000 € |
| • Diplôme de cadre de santé | 45 000 € | • DE infirmier | 100 000 € |
| • DE CAFERUIS | 30 000 € | • DE infirmier anesthésiste | 65 000 € |
| • DE éducateur spécialisé (en cours d'emploi) | 30 000 € | • DE infirmier de bloc opératoire | 50 000 € |
| • DE éducateur spécialisé | 95 000 € | • DE moniteur éducateur | 30 000 € |
| • DE masseur kinésithérapeute | Selon grade | | |

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

Cachet de l'établissement

Le Directeur de l'établissement :

Fait à :Le :

Signature :