



À COMPLÉTER PAR L'AGENT

# LA VALIDATION DES ACQUIS DE L'EXPÉRIENCE (VAE)

## DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

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

NOM	PRÉNOM
NOM DE JEUNE FILLE	DATE DE NAISSANCE
ADRESSE	
CODE POSTAL	VILLE
N° SÉCURITÉ SOCIALE (10 premiers chiffres)	
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 :	DATE DE DÉBUT	DATE DE FIN	DURÉE
<input type="checkbox"/> Accompagnement de 24 h (congé VAE), remplir formulaire C			
<input type="checkbox"/> Formation facultative (pour les seuls diplômes du secteur sanitaire et social), remplir form. 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)

### ACCOMPAGNEMENT

LIEU DE DÉPART ..... LIEU D'ARRIVÉE .....

NOMBRE D'ALLER-RETOUR ENVISAGÉ PENDANT LA PÉRIODE INDEMNISÉE .....

SNCF (2<sup>E</sup> 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<sup>e</sup> classe

NOMBRE DE REPAS\*\* ..... COÛT DU REPAS ..... €

\*\* Plafonné selon la réglementation en vigueur

### FORMATION FACULTATIVE (pour les seuls diplômés du secteur sanitaire et social)

LIEU DE DÉPART ..... LIEU D'ARRIVÉE .....

NOMBRE D'ALLER-RETOUR ENVISAGÉ PENDANT LA PÉRIODE INDEMNISÉE .....

SNCF (2<sup>E</sup> 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<sup>e</sup> 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 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 n°92-566 du 25/02/92).

#### 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.

#### CADRE RÉSERVÉ

#### CADRE RÉSERVÉ

## 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 entraînera 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 .....

SIGNATURE .....

#### ATTENTION

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

# B



## À COMPLÉTER PAR L'ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR

### LA VALIDATION DES ACQUIS DE L'EXPÉRIENCE (VAE)

### AUTORISATION D'ABSENCE DE L'AGENT

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) <input type="checkbox"/> TITULAIRE <input type="checkbox"/> STAGIAIRE <input type="checkbox"/> 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)
<input type="checkbox"/> Accompagnement 24h / congé VAE			
<input type="checkbox"/> Formation facultative			

#### 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	



## À COMPLÉTER PAR L'ORGANISME D'ACCOMPAGNEMENT

# LA VALIDATION DES ACQUIS DE L'EXPÉRIENCE (VAE)

# DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

Accompagnement 24h / congé VAE

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

### 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 |

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

À COMPLÉTER PAR L'ORGANISME DE FORMATION

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

Formation facultative

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

## 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 |

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