



# A COMPLÉTER PAR L'ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR

## DEMANDE DE PRISE EN CHARGE EMPLOI D'AVENIR

### 01 | ÉTABLISSEMENT

NOM ÉTABLISSEMENT .....

CODE ÉTABLISSEMENT ..... STATUT  Sanitaire  Social  Médico-Social

ADRESSE .....

CODE POSTAL ..... VILLE .....

PERSONNE A CONTACTER ..... E\_MAIL .....

### 02 | JEUNE EN EMPLOI D'AVENIR

NOM ..... PRÉNOM ..... GENRE  Féminin  Masculin ..... AGE .....

MÉTIER  Aide au service hospitalier  Aide médico-administratif  Aide au service logistique  Aide ouvrier polyvalent  Aide animateur

Aide archiviste  Aide de cuisine  Aide au service d'accueil, admission et d'accompagnement du patient

Aide au service de recherche clinique  Autres métiers : .....

TYPE DE CONTRAT  CDD  CDI ..... DATE DE DÉBUT \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ..... DATE DE FIN \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ..... DURÉE EN MOIS .....

### 03 | TUTEUR

NOM ..... PRÉNOM .....

### 04 | ORGANISME DE FORMATION

NOM OU RAISON SOCIAL .....

ADRESSE .....

CODE POSTAL ..... VILLE .....

N° DE SIRET ..... N° DÉCLARATION D'ACTIVITÉ .....

SIGLE .....

### 05 | ACTION DE FORMATION

INTITULÉ DE LA FORMATION .....

CATÉGORIE DE LA FORMATION  Remise à niveau  Qualifiante  Prépa Concours  Diplômante

### 06 | DURÉE DE LA FORMATION

DATE DE DÉBUT ..... DATE DE FIN ..... DURÉE ..... TOTAL HEURES .....

COÛT	PÉDAGOGIE	DÉPLACEMENT	TOTAL
N			
N + 1			
N + 2			

Date :

**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.**

Le directeur

# ATTENTION



## → FICHE DE PRISE EN CHARGE

Chaque fiche de prise en charge doit être envoyée avant le début de la formation avec les documents obligatoires. Pour une formation sur deux ans faire la demande dès la première année, pas de rétroactivité.

## → REMBOURSEMENT ENSEIGNEMENT

La facture est à joindre avec la demande de remboursement pour les établissements non connectés ainsi que les établissements non adhérents.

**Joindre à la facture une attestation de présence.**

Les factures ne seront honorées que « service fait ».

## → REMBOURSEMENT DÉPLACEMENTS

Remplir « l'état de remboursement frais de déplacement », pour les établissements non connectés ainsi que les établissements non adhérents.

**Joindre un RIB ainsi que les justificatifs.**

## DOCUMENTS A JOINDRE IMPÉRATIVEMENT LORS DE LA CONSTITUTION DU DOSSIER



- COPIE DU CONTRAT DE TRAVAIL,
- CONVENTION FORMATION.