

DISPOSITIFS INDIVIDUELS

## Congé de formation professionnelle (CFP)

DEMANDE DE  
PRISE EN  
CHARGE

# À LIRE AVANT DE REMPLIR LA DEMANDE DE FINANCEMENT D'UN CFP

La demande de prise en charge est constituée de 3 volets :

**VOLET A** à remplir par l'agent

**VOLET B** à remplir par l'établissement employeur

**VOLET C** à remplir par l'organisme de formation

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, en respectant le calendrier des dates de dépôt des dossiers.**

Tous les renseignements demandés sont indispensables, pour faciliter l'étude du dossier, il importe de le remplir avec soin et d'apporter toutes les précisions demandées notamment au niveau de la partie projet.

Un dossier incomplet ne sera pas instruit par le comité chargé d'attribuer les financements.

Pour connaître les dates de réunions du Comité Territorial (CT) et la politique régionale, consulter le site de la délégation territoriale ANFH (voir au verso).

Le CT dispose de 60 jours pour communiquer une réponse.

À noter :

→ Le dépôt d'une demande de prise en charge CFP n'implique pas son acceptation.

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

[www.anfh.fr/le-conge-de-formation-professionnel-cfp](http://www.anfh.fr/le-conge-de-formation-professionnel-cfp)

Le CFP permet aux agents de réaliser un projet personnel de formation en vue d'une reconversion, ou d'accéder à un niveau supérieur de qualification ou d'acquérir de nouvelles compétences professionnelles.

Le CFP permet à l'initiative de l'agent de partir en formation.

**LISTE DES DOCUMENTS pour l'instruction du dossier de demande de financement :**

- les 3 volets dûment signés
- la copie du dernier bulletin de salaire
- le certificat Qualiopi de l'organisme (si certifié Qualiopi)
- le programme de la formation
- le calendrier prévisionnel de la formation
- le devis de la formation

**Le dépôt est possible même si vous êtes en attente d'admission, mais l'examen sera conditionné à votre admission en formation.**

## LES CONDITIONS D'ACCÈS

Pour prétendre à un CFP, l'agent doit :

**Etre en position d'activité.**

**Justifier de 3 années de services** dans la fonction publique hospitalière.

**Choisir une action de formation de 10 jours minimum** dispensée par un organisme certifié Qualiopi et inscrit sur la liste publique des organismes de formation.

# DEMANDE DE PRISE EN CHARGE CONGÉ DE FORMATION PROFESSIONNELLE (CFP)

# A

À COMPLÉTER PAR L'AGENT

RÉSERVÉ À L'ANFH N°CFP

N°CT

## A 01 | IDENTITÉ (écrire en lettres majuscules)

NOM

PRÉNOM

NOM DE NAISSANCE

DATE DE NAISSANCE

ADRESSE

CODE POSTAL

COMMUNE

TÉLÉPHONE MOBILE

TÉLÉPHONE FIXE

E-MAIL (écrire en lettres majuscules)

## A 02 | SITUATION PROFESSIONNELLE

NOM DE VOTRE ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR

GRADE

MÉTIER

SERVICE

Avez-vous déjà bénéficié d'un ou plusieurs CFP indemnisés ou non indemnisés avant cette demande ?

OUI

NON

INTITULÉ DES FORMATIONS DÉJÀ SUIVIES EN CFP  
(y compris Bilan de compétences et VAE)

RÉGION DE L'ÉTABLISSEMENT  
EMPLOYEUR

NB DE JOURS

ANNÉE

INDEMNISÉ  
(oui / non)

## A 03 | DIPLÔMES OBTENUS

### CÔCHEZ LES DIPLÔMES OBTENUS

### INDIQUEZ LA OU LES SPÉCIALITÉS

MASTER 2 DOCTORAT – INGÉNIEUR

LICENCE – MASTER 1

BTS – DUT – DEUST

BP – BAC – BT

BEP – CAP – CFPA

FIN DE SCOLARITÉ

INTITULÉ DU (DES) DIPLÔME(S) OBTENU(S) (Spécifique aux professions de santé, secteur sanitaire ou social)

## A 04 | FORMATION DEMANDÉE

INTITULÉ

ORGANISME DE FORMATION

**À COMPLÉTER DE PRÉFÉRENCE ÉLECTRONIQUEMENT. En cas d'impossibilité, vous pouvez reprendre les questions ci-dessous sur une feuille libre**

**ATTENTION !**

*Ce document vous permet de renseigner librement des informations. Pour rappel, vous devez impérativement rédiger des commentaires objectifs et jamais excessifs ou insultants. Le traitement des données sensibles (origine raciale ou ethnique, opinions politiques, philosophiques ou religieuses, appartenance syndicale, données relatives à la santé ou à la vie sexuelle, infractions, condamnations, mesure de sûreté) est soumis au recueil de votre consentement exprès. Si vous renseignez de telles informations, veuillez cocher la case (oui - non) en bas du formulaire.*

**VOTRE OBJECTIF**

OPÉRER UNE RECONVERSION DANS LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE

OPÉRER UNE RECONVERSION EN DEHORS DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE

Les conseillères en Dispositifs Individuels de votre délégation ANFH sont à votre disposition pour vous aider à remplir votre dossier notamment la partie motivation.

Il est utile de joindre tout document que vous jugerez important pour étayer et appuyer la faisabilité de votre projet (offres d'emplois, promesse d'embauche, business plan, CV...).

**01. QUEL EST LE PROJET EN LIEN AVEC LA FORMATION DEMANDEE**

→ Nommer avec précision votre projet professionnel

**02. PRESENTATION**

→ Indiquer tous les éléments vous concernant afin de vous présenter.

Par exemple : Diplômes, qualifications, formations -Postes occupés précédemment - Ancienneté dans la FPH -Situation actuelle (poste occupé) -Situation personnelle (si nécessaire – ex : inaptitude, reclassement, ...)

### 03 -CONNAISSANCE DE LA NOUVELLE ACTIVITE OU DU METIER ENVISAGE

→ Indiquer tous les aspects de ce métier sur lesquels vous vous avez fait des recherches

Par exemple : Qualification, formation requises -Employabilité et débouché professionnel -Recherche dans le bassin de l'emploi  
-Conditions de recrutement (concours, entretien d'embauche, mobilité inter FP, ...) -Conditions d'exercice du métier -  
Compatibilité vie professionnelle et personnelle : rémunérations, déplacements, mobilité, horaires, pénibilité du travail  
(conditions physiques) ...

### 04 -PREPARATION DU PROJET PROFESSIONNEL

→ Indiquer toutes les actions préalables que vous avez réalisées.

Par exemple : Formations suivies- Bilan de compétences -- Enquêtes métiers -Compétences acquises -Compétences à acquérir  
au regard du projet (Fiche métier) -Rencontre de professionnels - Accompagnement réalisé auprès d'un conseiller

**05 -CHOIX DE LA FORMATION ET DE L'ORGANISME**

→ Indiquer tous les éléments qui ont orientés ce choix.

- Par exemple : Formation adaptée pour réaliser le projet professionnel - Contenu pédagogique en adéquation avec le projet - Sanction de la formation (certification, diplômes, ...) – RNCP -Modalités (FOAD, présentiel, ...)

**06 -MISE EN ŒUVRE DU PROJET PROFESSIONNEL**

→ Indiquer comment vous allez mettre en œuvre votre projet à l'issue de la formation (les modalités pratiques)

- Par exemple : Délai pour réaliser le projet : court moyen long terme - Moyens à mobiliser : moyens matériels, moyens financiers – Renseignements auprès d'une banque - Réalisation d'une étude de marché - Lieu d'installation – Démarches à entreprendre pour exercer le nouveau métier : statut juridique (libéral, salarié, fonctionnaire, reprise et/ou création d'entreprise) et obligations réglementaires – Connaissance des procédures pour quitter la FPH -Connaissance des acteurs à mobiliser...

JE SOUSSIGNÉ(E)

autorise en toute connaissance de cause l'ANFH à utiliser mes données personnelles sensibles lorsque cela s'avère nécessaire dans le cadre du traitement de mon dossier CFP  OUI  NON

FAIT À

LE

SIGNATURE

## A06 | FRAIS DE TRANSPORT, D'HÉBERGEMENT ET DE RESTAURATION ET FRAIS ANNEXES

- Le droit est ouvert lorsque la formation se déroule **hors de la commune du lieu de la résidence administrative ou hors de celle de la résidence familiale**. Sont considérées comme constituant une seule et même commune, les communes faisant partie d'une même agglomération urbaine multi communale. Ce droit est ouvert seulement pendant la période indemnisée.
- La prise en charge de ces frais n'est pas systématique et est laissée à l'appréciation du Comité Territorial.
- **Le dossier sera étudié selon les conditions de votre délégation**, n'hésitez pas à contacter votre délégation pour les obtenir.
- Dans l'éventualité d'un accord de prise en charge, **des justificatifs vont seront demandés pour le remboursement** éventuel de vos frais de transport, d'hébergement et de restauration.

**ATTENTION  
SI VOUS NE  
REMPLISSEZ PAS LA  
RUBRIQUE A06,  
IL SERA CONSIDÉRÉ  
QUE VOUS NE  
SOLLICITEZ AUCUNE  
PRISE EN CHARGE DE  
CES FRAIS.**

Aurez-vous des périodes de stage ?      OUI      NON      LIEU(X) DE STAGE(S) :

Si OUI complétez **les renseignements concernant le(s) stage(s) dans les tableaux transport, hébergement et restauration**

### TRANSPORT (compléter uniquement le (ou les) moyen(s) de transport utilisés)

Vous demandez une prise en charge de vos déplacements      OUI      NON      JOINDRE DEVIS

	FORMATION		STAGE (si connaissance du lieu)	
	Lieu de départ .....	Lieu d'arrivée .....	Lieu de départ .....	Lieu d'arrivée .....
	Nombre <i>(pour la totalité de la durée de la formation)</i>	Prix unitaire	Nombre	Prix unitaire
Billet SNCF (2e classe) : coût du billet aller-retour plein tarif				
Abonnement hebdomadaire				
Abonnement mensuel				
Autres (à préciser)				
Avion (pour DOM-TOM - Corse - base économique)				
Bateau (pour Corse...)				
Véhicule personnel nombre de kms pour un aller-retour (Attention : le remboursement se fait sur la base du tarif kilométrique SNCF 2e classe)				

**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.

CADRE RÉSERVÉ

### HÉBERGEMENT

Vous demandez une prise en charge d'un hébergement      OUI      NON      JOINDRE DEVIS

	FORMATION		STAGE (si connaissance du lieu)	
	Lieu de départ .....	Lieu d'arrivée .....	Lieu de départ .....	Lieu d'arrivée .....
	Nombre	Prix unitaire de la nuitée /Montant du Loyer Mensuel	Nombre	Prix unitaire de la nuitée /Montant du Loyer Mensuel
En centre d'hébergement (nbre de nuitées)				
Hors centre hébergement (hôtel-gîte...) (nbre de nuitées)				
Location en cas de double résidence (nbre de mois)				

CADRE RÉSERVÉ

## RESTAURATION

<b>Vous demandez une prise en charge de repas</b>	OUI	NON	<b>JOINDRE DEVIS</b>
Avez-vous la possibilité de prendre vos repas dans un restaurant administratif ou universitaire ?	OUI	NON	
Si OUI	<input type="checkbox"/> MIDI seulement	<input type="checkbox"/> MIDI ET SOIR	<input type="checkbox"/> COÛT DU REPAS DANS CE RESTAURANT ADMINISTRATIF
			€
SINON, TARIF À PRENDRE EN COMPTE (PLAFONNÉ SELON RÈGLE FONCTION PUBLIQUE)			€

	FORMATION		STAGE (si connaissance du lieu)	
	Lieu		Lieu	
	Nombre	Prix unitaire	Nombre	Prix unitaire
MIDI				
SOIR				

**FRAIS ANNEXES** La prise en charge se fera **exclusivement sur présentation de justificatifs**. Cette prise en charge n'est **pas systématique** et est laissée à l'appréciation du Comité Territorial (CT) de la délégation ANFH. (Frais annexes : demande de matériel spécifique en lien avec la formation (exemple : mallette de cuisine ou outillage spécifique), fournir attestation de l'organisme de formation et devis préalable).

PRÉCISER LA NATURE ET LE COÛT :

## A 07 | 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 de 5 ans de CFP dont 2 ans rémunérés.

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)

**Justificatif afférent à fournir**

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

## A 08 | ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Dans l'éventualité d'un accord, il vous appartiendra de signer avec l'organisme de formation la convention de formation professionnelle. Celle-ci vous engage personnellement à son égard.

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**  
TOUT RÉSULTAT  
D'ADMISSION OU DE  
REFUS DE LA PART DE  
L'ORGANISME DE  
FORMATION DEVRA  
ÊTRE COMMUNIQUÉ  
DANS LES MEILLEURS  
DÉLAIS

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 CFP. Le traitement est fondé sur l'intérêt légitime de l'ANFH de réaliser son activité en tant que gestionnaire du dispositif CFP (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@anf.fr](mailto:protectiondesdonnees@anf.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](http://www.cnil.fr)).

# DEMANDE DE PRISE EN CHARGE CONGÉ DE FORMATION PROFESSIONNELLE (CFP)

# B

À COMPLÉTER PAR L'ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR

## B 01 | L'ÉTABLISSEMENT

NOM

ADRESSE

CODE POSTAL

COMMUNE

TÉLÉPHONE

E-MAIL

DOSSIER SUIVI PAR

TÉLÉPHONE

## B 02 | AUTORISE L'AGENT

NOM

PRÉNOM

NOM DE NAISSANCE

GRADE

MÉTIER

SERVICE

VILLE D'EXERCICE DE L'ACTIVITÉ (si différente de B01)

STATUT (cocher la case)

TITULAIRE

STAGIAIRE

CONTRACTUEL

CATÉGORIE

A

B

C

À LA DATE DE LA MISE EN CFP (cocher la case)

TEMPS PLEIN

TEMPS PARTIEL

(%)

### Ancienneté au sein de la FPH (minimum 3 ans)

ANNÉES

(MOIS) À LA DATE DU DÉBUT DU CFP :

L'intéressé(e) a-t-il (elle) déjà bénéficié d'un ou plusieurs cfp indemnisé(s) ou non indemnisé(s) avant cette demande ? (cocher la case)

OUI

NON

INTITULÉ DES FORMATIONS DÉJÀ SUIVIES EN CFP  
(y compris Bilan de compétences et VAE)

RÉGION DE L'ÉTABLISSEMENT  
EMPLOYEUR

NB DE JOURS

ANNÉE

INDEMNISÉ (oui / non)

## B 03 | À S'ABSENTER POUR SUIVRE LA FORMATION SUIVANTE

INTITULÉ

ORGANISME DE FORMATION

DATE DE DÉBUT

DATE DE FIN

DURÉE TOTALE DE L'ABSENCE

JOURS (NOMBRE DE JOURS D'ABSENCES AUTORISÉS POUR COURS, STAGE, EXAMEN, TRAVAIL PERSONNEL)

## B 04 | DURÉE DU CFP

S'agit-il d'une formation (cocher la case) :

EN DISCONTINU, l'agent est absent partiellement quelques jours par semaine ou par mois

EN CONTINU, l'agent est complètement absent de l'établissement sauf éventuelles périodes d'interruption

L'autorisation d'absence pour formation peut inclure des périodes de cours, stage, examen et travail personnel.

En fonction des périodes pour lesquelles vous accordez l'absence, indiquer dans le tableau ci-dessous, le nombre de jour réels d'absence autorisés par mois (hors RH). «

		mois												TOTAL	Dont COURS	Dont STAGE	Dont EXAMEN	Dont TRAV PERS.
		JAN	FEV	MAR	AVR	MAI	JUI	JUIL	AOU	SEP	OCT	NOV	DEC					
année	20_																	
	20_																	
	20_																	
	20_																	
	20_																	
	20_																	
TOTAL GÉNÉRAL																		

**REMARQUE:** le nombre de 30ème à prendre en compte pour le calcul du remboursement du salaire est (nombre de jours réels \* 1.4) :

**TOTAL TABLEAU B04 \* 1,4 =** .....

Sachant que l'indemnisation du CFP ne peut excéder douze mois, soit 360 jours pour l'ensemble de la carrière de l'agent. Toutefois si le cursus de formation suivi dure deux ans au moins à plein temps, cette durée peut être portée à vingt quatre mois, soit 720 jours, sans que la durée totale de l'ensemble des CFP (indemnisés ou non) n'excède trois ans.»

## B 05 | ATTESTATION DE NON INSCRIPTION DE L'ACTION DE FORMATION DEMANDÉE AU TITRE DU PLAN DE FORMATION

### LE DIRECTEUR SOUSSIGNÉ CERTIFIE (COCHER LA CASE)

QUE LA FORMATION SOLLICITÉE À TITRE INDIVIDUEL NE PEUT PAS RELEVER DU PLAN DE FORMATION

QUE LA FORMATION SOLLICITÉE À TITRE INDIVIDUEL A ÉTÉ DEMANDÉE À L'ÉTABLISSEMENT MAIS REFUSÉE

QUE LA FORMATION SOLLICITÉE À TITRE INDIVIDUEL N'A PAS ÉTÉ DEMANDÉE AU TITRE DU PLAN DE FORMATION

**Dans le cas où la formation vise un métier de la fonction publique hospitalière et est diplômante/certifiante.**

### LE DIRECTEUR SOUSSIGNÉ CERTIFIE

#### ■ avoir refusé la prise en charge pour le motif suivant (cocher la case)

IL N'Y A PAS DE POSTE VACANT CORRESPONDANT AU POSTE ENVISAGÉ

LA FONCTION N'EXISTE PAS DANS L'ÉTABLISSEMENT

NE PAS AVOIR FORMULÉ DE DEMANDE EN PARALLÈLE SUR LES AUTRES FONDS MUTUALISÉS DE L'ANFH (FMEP,...)

Précisez

AUTRE (Précisez)

■ avoir informé l'agent qu'aucune possibilité d'emploi n'est prévue. En conséquence, l'agent a pris acte qu'il ne pourra prétendre obtenir la promotion souhaitée dans son établissement, à moins d'une vacance de poste inopinée qui n'aurait pu être prévue dans le cadre de la gestion prévisionnelle des effectifs. Dans cette perspective, il est invité à rechercher un poste correspondant à ses nouvelles compétences dans un autre établissement, afin de réaliser sa promotion par la voie d'une mobilité externe.

## CAS PARTICULIER POUR LA FOAD

Pour déterminer l'autorisation d'absence, l'employeur doit impérativement indiquer dans le volet B (partie B04) le nombre de jours qu'il souhaite accorder dans le cadre du CFP et indiquer la répartition mensuelle de ces jours

**B 06 | INFORMATIONS NÉCESSAIRES AU CALCUL DE L'INDEMNITE AU MOMENT DE LA MISE EN CFP**

STATUT (cocher la case)	TITULAIRE OU STAGIAIRE	CONTRACTUEL	
INDICE MAJORÉ	TEMPS DE TRAVAIL	%	
INDEMNITÉ DE RÉSIDENCE	€	SUPPLÉMENT FAMILIAL	€
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 07 | LE DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT**

FAIT À	LE
CACHET DE L'ÉTABLISSEMENT	NOM DU SIGNATAIRE
	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 CFP. Le traitement est fondé sur l'intérêt légitime de l'ANFH de réaliser son activité en tant que gestionnaire du dispositif CFP (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](mailto: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](http://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 CONGÉ DE FORMATION PROFESSIONNELLE (CFP)

# C

## À COMPLÉTER PAR L'ORGANISME DE FORMATION

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 centre. **Merci de remplir ce dossier avec précision.**

NOM – PRÉNOM DE L'AGENT

### C01 | IDENTIFICATION

NOM OU RAISON SOCIALE

ADRESSE

CODE POSTAL

VILLE

ADRESSE DE CORRESPONDANCE (à compléter si besoin)

CODE POSTAL

VILLE

N° D'ACTIVITÉ AU TITRE DE LA FORMATION CONTINUE EN COURS DE VALIDITÉ (**obligatoire**)

N° DE SIRET (obligatoire)

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 :

STATUT JURIDIQUE

DOSSIER SUIVI PAR

TÉLÉPHONE

E-MAIL

### C02 | DESCRIPTIF DE LA FORMATION

INTITULÉ

LIEU(X) DE FORMATION

OBJECTIFS DE LA (DES) FORMATION(S) - **JOINDRE LE PROGRAMME DÉTAILLÉ**

**ATTENTION**  
JOINDRE  
OBLIGATOIREMENT  
LE CERTIFICAT EN  
CAS DE  
CERTIFICATION  
QUALIOPi

**ATTENTION**  
JOINDRE  
IMPÉRATIVEMENT  
LE PROGRAMME  
DÉTAILLÉ  
MENTIONNANT  
LES MOYENS  
PÉDAGOGIQUES,  
TECHNIQUES ET  
D'ENCADREMENT

**C03 | CONDITIONS D'ADMISSION DU CANDIDAT (COCHER LES CASES)**

CONTRÔLE DES CONNAISSANCES	ADMISSION PAR ENTRETIEN	
CONCOURS	ADMISSION SUR DOSSIER	BILAN OU TEST
AUCUNE CONDITION	AUTRES	

**DÉCISION D'ADMISSION**

ADMIS	DATE D'ADMISSION
EN ATTENTE	DATE PROBABLE DES RÉSULTATS

Merci de communiquer ces résultats dès que possible à l'ANFH.

**C04 | SANCTION DE LA FORMATION (COCHER LES CASES)**

01 DIPLOME DÉLIVRÉ PAR UN MINISTÈRE OU CERTIFICATION PROFESSIONNELLE INSCRITE AU RNCP (répertoire national des certifications professionnelles),  
 SOUS LE NUMÉRO : \_\_\_\_\_ DATE D'EXPIRATION : \_\_\_\_\_  
 Précisez l'intitulé du diplôme/titre/certification : \_\_\_\_\_

02 FORMATION CERTIFIANTE RECONNUE PAR UN SECTEUR OU BRANCHE (exemple : titre ou CQP (Certificat de qualification professionnelle)) : \_\_\_\_\_

03 AUTRE OU ABSENCE DE SANCTION OU SANS NIVEAU SPÉCIFIQUE : \_\_\_\_\_

**C 05 | NIVEAU VISÉ À L'ISSUE DE LA FORMATION (COCHER LES CASES)**

- 01 NIVEAU 1 : SAVOIRS DE BASE
- 02 NIVEAU 2 : 1ER NIVEAU DE MAÎTRISE DE COMPÉTENCES RELATIVES À L'EXERCICE D'UN MÉTIER
- 03 NIVEAU 3 : CAP (EX NIVEAU V)
- 04 NIVEAU 4 : BAC (EX NIVEAU IV)
- 05 NIVEAU 5 : BAC+2, DUT, BTS (EX NIVEAU III)
- 06 NIVEAU 6 : LICENCE, MASTER 1 (EX NIVEAU II)
- 07 NIVEAU 7 : MASTER 2 (EX NIVEAU I)
- 08 NIVEAU 8 : DOCTORAT
- SANS NIVEAU SPÉCIFIQUE

**C 06 | DÉROULÉ DE LA FORMATION (LE CFP DOIT DURER 10 JOURS MINIMUM)**

DATE DE DÉBUT \_\_\_\_\_ DATE DE FIN \_\_\_\_\_

LA FORMATION EST-ELLE **DISPENSÉE EN TOUTE OU PARTIE EN FOAD** ? OUI NON

	PRÉSENTIEL	FOAD	TOTAL
NOMBRE DE JOURS DE COURS			
NOMBRE DE JOURS D'EXAMENS			
NOMBRE DE JOURS DE STAGES			
<b>TOTAL</b>			

Pour les formations en FOAD, précisez si  
 synchrone ou asynchrone :.....

LA FORMATION NÉCESSITE-T-ELLE DES **JOURS DE TRAVAIL PERSONNEL** OUI NON  
 (ex : révision, rédaction de mémoire..) en dehors des jours de formation (à remplir uniquement si nécessite une absence sur temps de travail) ?

SI OUI PRÉCISEZ LA NATURE DES TRAVAUX DEMANDÉS DANS LE CADRE DU TRAVAIL PERSONNEL : \_\_\_\_\_

LE TEMPS DE TRAVAIL PERSONNEL NÉCESSAIRE \_\_\_\_\_ NBRE HEURES soit \_\_\_\_\_ NBRE JOURS

**DOCUMENT À JOINDRE POUR LA FOAD : protocole individuel précisant la nature des travaux demandés aux stagiaires et le temps estimé pour les réaliser, les modalités de suivi et d'évaluation spécifiques aux séquences en FOAD, les moyens d'organisation, d'accompagnement ou d'assistance, pédagogiques et techniques, mis à disposition du stagiaire.**

## C 07 | RYTHME DE LA FORMATION

Indiquer impérativement les **PÉRIODES D'INTERRUPTION** de la formation :

### RÉPARTITION HEBDOMADAIRE

Nb d'heures de formations par semaine :

JOURS	L	M	M	J	V	S	D
HORAIRE MATIN							
HORAIRE APRÈS-MIDI							
TOTAL HEURES/JOUR							

Joindre le calendrier détaillé de la formation (incluant cours, stage, FOAD, Examen, travail personnel) ou compléter le tableau suivant :

année	20_	mois												TOTAL	Dont COURS	Dont STAGE	Dont EXAMEN	Dont TRAV PERS.	
		JAN	FEV	MAR	AVR	MAI	JUI	JUIL	AOU	SEP	OCT	NOV	DEC						
	20_																		
	20_																		
	20_																		
	20_																		
	20_																		
	20_																		
<b>TOTAL GÉNÉRAL</b>																			

## C 08 | COÛT INDIVIDUEL VALANT DEVIS

COÛT DE FORMATION € et coût horaire : €/h

Montant des frais de formation par année selon le tarif établi à la date de constitution du dossier et facturable à l'intéressé(e).  
(Coût en vigueur pour la durée de la formation).

	DATE DE DÉBUT	DATE DE FIN	
1 <sup>ÈRE</sup> ANNÉE DE FORMATION OU CYCLE DE FORMATION			au
2 <sup>ÈME</sup> ANNÉE DE FORMATION OU CYCLE DE FORMATION			€ TTC
3 <sup>ÈME</sup> ANNÉE DE FORMATION OU CYCLE DE FORMATION			€ TTC
4 <sup>ÈME</sup> ANNÉE DE FORMATION OU CYCLE DE FORMATION			€ TTC
<b>COÛT TOTAL DE LA FORMATION</b>			€ TTC
AUTRES COÛTS (non compris dans total formation), à détailler ci-dessous			
inscription			€ TTC
Documentation (joindre une liste)			€ TTC
Matériel (joindre une liste)			€ TTC
<b>SOUS-COÛT TOTAL DE LA FORMATION :</b>			€ TTC

## C 09 | HÉBERGEMENT – REPAS

L'agent aura-t-il la possibilité de

BÉNÉFICIER D'UN HÉBERGEMENT RATTACHÉ À L'ORGANISME DE FORMATION	Précisez le coût unitaire:		
PRENDRE SES REPAS DANS UN RESTAURANT ADMINISTRATIF OU UNIVERSITAIRE :	MIDI	SOIR	Précisez le coût unitaire:

## CAS PARTICULIER POUR LA FOAD

L'organisme de formation doit impérativement exprimer la durée de formation en jours (modalités synchrone et asynchrone).

Pour cela le nombre d'heures de formation prévu doit être converti en jours de formation (une journée de formation = 7 heures).

Pour exemple une formation qui se déroulerait à distance pour une durée de 300 heures, le calcul du nombre de jours de formation à positionner en CFP se ferait de la manière suivante : 300 heures divisées par 7 = 42,85 jours, soit 43 jours de CFP.

**IMPORTANT**

LA CONVENTION DE FORMATION CONCLUE ENTRE L'AGENT ET L'ORGANISME N'ENGAGE PAS L'ANFH. LE SIGNATAIRE ATTESTE DE LA SINCÉRITÉ DE TOUS LES RENSEIGNEMENTS PORTÉS SUR LE PRÉSENT DOCUMENT, ET S'ENGAGE :

- À FOURNIR, **MENSUELLEMENT ET EN FIN DE FORMATION, LES ATTESTATIONS DE PRÉSENCE EN TROIS EXEMPLAIRES** : L'UNE AU STAGIAIRE, LA SECONDE À L'ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR, ET LA TROISIÈME À L'ANFH,
- SUR **LE DEVIS FERME ET DÉFINITIF INDIQUANT LE COÛT DE LA FORMATION** DÉFINI CI-DESSUS,
- ET À CONCLURE AVEC L'AGENT **LA CONVENTION DE FORMATION EN CONFORMITÉ** AVEC LES ÉLÉMENTS DE COÛTS ET DE DURÉE INDIQUÉS CI-DESSUS.

NOM

FONCTION

TÉLÉPHONE

POSTE

FAIT À

LE

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 CFP. Le traitement est fondé sur l'intérêt légitime de l'ANFH de réaliser son activité en tant que gestionnaire du dispositif CFP (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](mailto: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](http://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 Cournon 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

**BOURGOGNEFRANCHE-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  
nordpasdecals@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 Roquefeuill  
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