

## ETUDES PROMOTIONNELLES ET FORMATIONS QUALIFIANTES DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

ETABLISSEMENT

A compléter par l'établissement et à retourner à votre délégation territoriale (une fiche par agent)

Ordre de priorité (obligatoire) : .....

Code établissement : ..... Désignation : .....

Adresse : .....

Nom et prénom du contact : .....

Fonction : .....

Tél. : ..... e-mail : .....

N° SIRET : \_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/ N° FINESS : \_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/

AGENT

Pièces à joindre impérativement pour l'examen du dossier :

attestation de réussite au concours, notification de recevabilité ou attestation d'admission à la formation

Nom : ..... Prénom : ..... Eligible FIPHFP\*

Date de naissance : ..... Sexe (H/F) : .....

Grade : ..... Catégorie grade : .....

Emploi : ..... Service : ..... (EHPAD)

Date d'admission (concours, VAE, formation ...) : ..... Ecole : .....

Lieu : .....

Report de la formation oui non Si oui, année de la demande : .....

L'agent mobilise son compte CPF et, à cet effet, a donné son accord en remplissant l'attestation annexée<sup>(1)</sup>

ACTION DE FORMATION

### Description et modalités

EP Intitulé de la formation : ..... Formation ASH-70H suivie

Votre établissement n'a pas de poste pour l'agent mais souhaite soutenir son projet professionnel au regard des besoins de la FPH, joindre le document EP hors établissement d'origine<sup>(2)</sup>

FQ & CPF Intitulé de la formation : .....

Code RNCP : .....

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

Organisme de formation : ..... Nbre d'heures de stage : .....

Numéro de déclaration d'activité : \_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/ Tél. : .....

Adresse : .....

Date de CTE : ..... Avis : Favorable Défavorable

\*L'agent est en situation de handicap, reclassement, reconversion au sein de la FPH

<sup>(1)</sup> voir annexe Attestation de mobilisation du CPF.

<sup>(2)</sup> voir annexe EP hors établissement d'origine.

Merci de bien vouloir  
compléter les tableaux  
situés au verso

## Forfaits de prise en charge des frais de traitement

Formations longues (supérieures à 52 jours)

Grades	Forfait mensuel	Nombre de mois	Nombre d'heures pour les formations discontinues	Total
Adjoint administratif	<b>3 050,00 €</b>			
Agent d'entretien qualifié				
Agent des services hospitaliers qualifié				
Aide-soignant	<b>3 450,00 €</b>			
Aide médico-psychologique				
Accompagnant éducatif et social*				
Auxiliaire de puériculture				
Ouvrier principal				
Assistant de service social	<b>3 650,00 €</b>			
Educateur spécialisé				
Préparateur en pharmacie hospitalière				
Infirmier	<b>3 960,00 €</b>			
Infirmier de bloc opératoire				
Pour les autres grades :				
Catégorie de rémunération A	<b>4 360,00 €</b>			
Catégorie de rémunération B	<b>3 650,00 €</b>			
Catégorie de rémunération C	<b>3 050,00 €</b>			

\*Grade intégré au 01/01/2024

[retour page 1](#)

## Répartition prévisionnelle souhaitée des fonds par année civile

L'Anfh se réserve la possibilité de modifier la ventilation ci-dessous

**Nous vous proposons de bien vouloir privilégier le financement de vos frais de déplacement sur vos fonds PLAN**

	FRAIS PEDAGOGIQUES		FRAIS DE DEPLACEMENT (transport, hébergement et repas)		FRAIS DE TRAITEMENT		TOTAL		TOTAL GENERAL
	Fonds mutualisés	Plan de formation	Fonds mutualisés	Plan de formation	Fonds mutualisés	Plan de formation	Fonds mutualisés	Plan de formation	
1 <sup>ère</sup> année civile									
2 <sup>ème</sup> année civile									
3 <sup>ème</sup> année civile									
4 <sup>ème</sup> année civile									
5 <sup>ème</sup> année civile									
TOTAL									
TOTAL GENERAL									

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 de l'établissement : .....

Fait à : ..... le : .....

Signature