

# BILAN DE COMPETENCES

Le Bilan de compétences a pour objectif de permettre aux agents **d'analyser leurs compétences** professionnelles et personnelles, leurs aptitudes et motivations pour **définir un projet professionnel** ou de formation.

Le Bilan de Compétences a pour but de permettre de :

- faire un point sur son parcours professionnel
- réfléchir à son évolution professionnelle
- répondre à un besoin de changement
- préciser ou confirmer un projet (changer de métier, s'engager dans une formation, retrouver de la motivation pour son métier,...)



## SOMMAIRE

Le déroulement du bilan de compétences .....	3
Les conditions d'accès .....	4
La durée de financement.....	4
La prise en charge financière .....	4
Le choix du prestataire bilan .....	5
Questionnaire d'aide au choix du prestataire .....	6
Quand envoyer la demande de financement à l'ANFH ? .....	7
La constitution du dossier .....	8
Les pièces obligatoires à joindre au dossier .....	8
FAQ .....	9
Les conseillères en dispositifs individuels .....	10

*Il est important pour vous de **réfléchir à ce que vous attendez du bilan de compétences**, quelles sont vos motivations et quel investissement êtes-vous prêt à y consacrer en terme de temps et d'engagement personnel ?*

*Le bilan de compétences se déroule sur plusieurs mois avec des entretiens réguliers en face à face auprès d'un conseiller. Vous allez mener un travail de réflexion et de recherche. Le conseiller est là en appui pour vous accompagner dans cette démarche, vous apporter des outils et un regard extérieur pour vous aider à vous poser les bonnes questions.*

## LE DEROULEMENT DU BILAN DE COMPETENCES

Le Bilan de compétences est réalisé par un prestataire choisi par l'agent sur une liste régionalement établie et proposée par l'ANFH. Il se déroule en **trois phases** :

**PHASE PRELIMINAIRE** L'agent fait le point sur ses besoins et ses attentes et est informé des conditions de déroulement du bilan de compétences.

**PHASE D'INVESTIGATION** L'agent identifie les compétences et ressources qu'il peut mobiliser pour définir un projet et étudie concrètement sa faisabilité.

**PHASE DE CONCLUSION** Elle permet à l'agent de faire la synthèse des investigations et d'élaborer une stratégie avec un plan d'action. Un document de synthèse, co construit avec le conseiller, reprend les circonstances du bilan, le contenu du projet, les compétences relatives à ce projet et ses étapes de mise en œuvre.

## LES CONDITIONS D'ACCES

- Avoir **5 ans de services effectifs** dans la Fonction Publique Hospitalière (minimum cinq ans entre deux Bilans de compétences)
- Choisir un **prestataire bilan certifiés QUALIOPI**
- Etre en **activité** dans la Fonction Publique Hospitalière

## LA DUREE DE FINANCEMENT

D'une **durée maximum de 24 heures**, le bilan de compétences peut être réalisé **hors temps de travail** ou **sur temps de travail** (autorisation d'absence de l'employeur).

## LA PRISE EN CHARGE FINANCIERE

### FRAIS PEDAGOGIQUES

L'ANFH finance le montant des frais du bilan de compétences auprès du prestataire choisi par l'agent.

### FRAIS DE TRANSPORT

La prise en charge est possible lorsque le bilan se déroule **en dehors de la résidence administrative et/ou de la résidence familiale**. Trajet : prise en charge du trajet le plus court, départ : résidence administrative ou domicile / arrivée : lieu du bilan. Les frais de transport sont calculés sur la base du taux kilométrique. Il n'y a pas de possibilité d'avance.

**La prise en charge porte sur les frais pédagogiques, et les frais de transport**

**Il n'y a pas d'effet rétroactif au financement**

# LE CHOIX DU PRESTATAIRE

## BILAN DE COMPETENCES

Vous devez **obligatoirement** faire appel à un prestataire bilan ayant une certification **QUALIOPI** en cours de validité.

Vous trouverez, à titre indicatif, une liste de prestataires habilités par l'ANFH PACA sur notre site internet <https://www.anfh.fr/paca/services-aux-agents/prestataires-habilites-au-bilan-de-competences>

**L'entretien préalable gratuit** doit vous permettre de préciser vos attentes et, au prestataire bilan de vous présenter son organisation.

Ne pas hésiter à **rencontrer plusieurs prestataires** (au moins deux) sachant que l'entretien préalable ne fait pas partie du bilan de compétences, qu'il est gratuit et qu'il ne vous engage en rien avec l'organisme qui vous reçoit.

Lors de l'entretien préalable, le **prestataire doit vous présenter la démarche bilan**.

Cette démarche est définie réglementairement mais chaque prestataire peut avoir sa propre méthode, ses propres outils. Un bilan est réalisé de manière individuelle mais des temps collectifs peuvent être organisés. La durée préconisée pour les **face à face est d'au moins 18 heures**.

Le Conseiller Bilan qui vous reçoit lors de l'entretien préalable, sera **la même personne qui vous accompagnera** tout au long de votre bilan. Il est souhaitable qu'une relation de confiance s'installe, vous pouvez demander à être suivi par un autre intervenant si ce n'est pas le cas.

## QUESTIONNAIRE pour vous aider à choisir le prestataire avec lequel vous souhaitez réaliser votre **bilan de compétences**

NOM DU PRESTATAIRE			
Le conseiller vous a-t-il fait une présentation claire du bilan de compétences (présentation des trois phases) ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Vous a-t-on présenté la méthode, les outils et les tests susceptibles d'être utilisés ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Est-ce que les horaires et les jours de rendez-vous sont satisfaisants ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Le conseiller a-t-il une bonne connaissance du secteur de la fonction publique hospitalière ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Avez-vous accès à un centre de documentation ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Avez-vous un accès libre à internet et à la documentation proposée ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Le Centre de Bilan dispose d'un réseau d'interlocuteurs et peut vous proposer des contacts pour une enquête par exemple ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Vous a-t-on expliqué la construction du document de synthèse qui vous sera remis à la fin du bilan ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Y'a-t-il un suivi de bilan réalisé à la fin du bilan (3 à 6 mois) ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Vous sentez vous en confiance avec le conseiller bilan susceptible de vous accompagner ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Commentaires			

## QUAND ENVOYER LA DEMANDE DE FINANCEMENT A L'ANFH ?

Vous pouvez nous adresser votre demande de financement quand vous le souhaitez.

Toutefois, vous devez respecter **un délai minimum d'un mois entre la date d'envoi de votre dossier et la date de démarrage de votre bilan de compétences** afin d'avoir reçu les documents officiels d'accord de prise en charge de la part de l'ANFH.

*Les demandes sont acceptées de manière systématique **dans la mesure où les conditions d'accès à ce dispositif sont respectées (cf. page 4).***

Le dossier doit être adressé par courrier **en recommandé avec accusé de réception** à la Délégation Régionale :

**ANFH PACA**

**Immeuble CMCI**

**2 rue Henri Barbusse CS 20297**

**13232 Marseille cedex 1**

## LA CONSTITUTION DU DOSSIER BC



### VOLET A (à compléter par l'agent)

Il est important de préciser l'**ancienneté dans la Fonction Publique Hospitalière**.



### VOLET B (à compléter par l'organisme prestataire bilan retenu)

Il est important de bien préciser tous les rendez-vous prévus pour le déroulement des 24 heures du bilan de compétences. Pour rappel, le prestataire doit être **certifié QUALIOPi**.



### VOLET C (à compléter par l'employeur)

Il est à compléter uniquement dans le cadre d'un bilan de compétences réalisé **sur temps de travail**. Il formalise l'autorisation d'absence accordée par l'employeur.

### Pièces obligatoires à fournir :

- Copie du dernier bulletin de salaire
- Attestation d'ancienneté dans la Fonction Publique Hospitalière

**Le dossier doit être envoyé complet (Volet A, B et C) par l'agent en recommandé avec accusé de réception à la Délégation ANFH PACA, en respectant les dates de la commission. Les trois volets doivent impérativement être signés, ainsi que tamponnés (pour les volets B et C). Les pièces obligatoires doivent être jointes au dossier.**



## FAQ

- **Puis je réaliser mon bilan de compétences hors temps de travail ?** *Oui, il s'agit d'un dispositif mobilisable hors temps de travail ou sur temps de travail avec l'accord d'autorisation d'absence de l'employeur.*
  
- **Puis-je réaliser mon bilan de compétences étant en disponibilité ?** *Non, il convient d'être en position d'activité. Un agent en disponibilité ne peut pas bénéficier d'un financement au titre du bilan de compétences.*
  
- **Mon établissement employeur peut-il refuser l'autorisation d'absence pour un bilan de compétences ?** *Oui, pour raison de service. L'employeur peut refuser deux fois l'autorisation d'absence. Après deux refus, l'agent peut saisir la commission paritaire.*
  
- **Le bilan de compétences est-il compatible avec un mi-temps thérapeutique ?** *Oui, l'agent en mi-temps thérapeutique peut bénéficier du financement d'un bilan de compétences, soit sur temps de travail, soit sur son temps personnel.*
  
- **Puis je bénéficier d'un bilan de compétences pendant un congé maladie, arrêt de travail, congé maternité ou parental ?** *Oui, l'agent en congé maladie, arrêt de travail, congé maternité ou parental peut bénéficier du financement d'un bilan de compétences. De fait, ce bilan sera réalisé hors temps de travail.*
  
- **Puis-je réaliser mon bilan de compétences à la fois sur et hors temps de travail ?** *Non, les 24 heures du bilan de compétences doivent se dérouler soit sur temps de travail, soit hors temps de travail.*
  
- **Puis je prolonger mon bilan de compétences au-delà de 24 heures ?** *Non, la durée réglementaire d'un bilan de compétences ne doit pas excéder 24 heures.*
  
- **Puis-je faire appel à n'importe quel organisme de formation pour mon bilan de compétences ?** *Afin de pouvoir bénéficier du financement d'un bilan de compétences, il est obligatoire de choisir un prestataire bilan certifié QUALIOP.*
  
- **Mon employeur est-il averti par l'ANFH si je bénéficie d'un bilan de compétences hors temps de travail ?** *Non, l'ANFH n'avertit pas l'établissement employeur lorsqu'un bilan de compétences se réalise hors temps de travail.*
  
- **Combien de fois puis-je réaliser un bilan de compétences financé par l'ANFH ?** *J'ai la possibilité de bénéficier du financement d'un bilan de compétences tous les cinq ans.*

Les Conseillères en Dispositifs Individuels **Dominique CHARBONNEL** et **Karine DEVAUX** se tiennent à votre disposition pour vous accompagner dans la constitution de votre dossier.

<p><b>Anfh</b> Provence- Alpes-Côte d'Azur</p> <p><b>Dominique CHARBONNEL</b> 04 91 17 71 34 – <a href="mailto:d.charbonnel@anh.fr">d.charbonnel@anh.fr</a> Conseillère en dispositifs individuels</p>	<p><b>Anfh</b> Provence- Alpes-Côte d'Azur</p> <p><b>Karine DEVAUX</b> 04 91 17 71 39 – <a href="mailto:k.devaux@anh.fr">k.devaux@anh.fr</a> Conseillère en dispositifs individuels</p>
--	---

**Anfh**

Association nationale  
pour la formation permanente  
du personnel hospitalier

DISPOSITIFS INDIVIDUELS

# Bilan de compétences (BC)

DEMANDE DE  
PRISE EN  
CHARGE

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

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

**VOLET A** à remplir et à signer par l'agent.

**VOLET B** à remplir par l'organisme prestataire de Bilan de compétences choisi.

**VOLET C** « autorisation administrative d'absence » à remplir par l'établissement employeur lorsque le Bilan de compétences est réalisé sur le temps de travail.

## 2 PIÈCES OBLIGATOIRES À FOURNIR

Copie du dernier bulletin de salaire.

Document justifiant des 2 ans de services effectifs, consécutifs ou non dans la fonction publique hospitalière.

Les 3 volets (ou 2 si BC réalisé sur temps personnel), dûment remplis doivent parvenir à la délégation territoriale ANFH chargée de l'instruction du dossier sous pli recommandé avec accusé de réception.

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

[www.anfh.fr/le-bilan-de-compences](http://www.anfh.fr/le-bilan-de-compences)

Le Bilan de compétences a pour objectif de permettre aux agents d'analyser leurs compétences professionnelles et personnelles, leurs aptitudes et motivations afin de définir un projet professionnel ou de formation.

Il est mis en œuvre, à l'initiative de l'agent sur son temps de travail, dans le cadre d'un congé spécifique : le congé pour Bilan de compétences.

Il peut également se dérouler en dehors du temps de travail. Dans ce cas, l'employeur n'est pas informé de la démarche et l'ANFH peut prendre en charge les frais pédagogiques et éventuellement les frais de déplacement.

Le Bilan de compétences est réalisé par un prestataire choisi par l'agent.

**Pour pouvoir être financé, le prestataire devra être habilité ANFH ou certifié Qualiopi. A partir du 1er janvier 2022, il devra être certifié Qualiopi.**

## RAPPEL :

- **Le financement du bilan est validé par le comité territorial** (Instance Territoriale) de la délégation dont dépend l'agent (les dossiers de demande de financement sont déposés par les agents auprès des équipes territoriales de l'ANFH et dont un volet est complété par le prestataire choisi par l'agent)

- **Les prestataires doivent respecter les règles de réalisation de BC du code du travail**

# DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

## BILAN DE COMPÉTENCES (BC)

# A

## À COMPLÉTER PAR L'AGENT

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

NOM	PRÉNOM	
NOM DE JEUNE FILLE	DATE DE NAISSANCE	
ADRESSE		
CODE POSTAL	COMMUNE	
TÉL. PROFESSIONNEL	POSTE	TÉL. PERSONNEL
E-MAIL (merci de bien vouloir compléter cette rubrique)		

### A 02 | SITUATION PROFESSIONNELLE

GRADE ACTUEL	MÉTIER			
AU MOMENT DU DÉMARRAGE DU BC (cocher la case)	TEMPS PLEIN	TEMPS PARTIEL	(%)	
STATUT (cocher la case)	TITULAIRE	STAGIAIRE	CONTRACTUEL(LE)	si CDD, la prestation de doit pas aller au-delà de la fin du contrat en cours
ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR				
Durée des services effectifs dans la fonction publique hospitalière appréciée à ce jour			ANNÉE(S)	MOIS
Avez-vous déjà bénéficié d'un ou plusieurs Bilans de compétences avant cette demande ?		OUI	NON	
SI OUI, ORGANISME AYANT RÉALISÉ LA PRESTATION	DATE	DURÉE (en heures)		

### A 03 | DEMANDE DE PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE voir les modalités territoriales de prise en charge

DU COÛT DE LA PRESTATION DE BILAN DE COMPÉTENCES
DES FRAIS DE TRANSPORT INHÉRENTS À LA RÉALISATION DU BILAN DE COMPÉTENCES
(base de remboursement : transport en commun y compris en cas d'utilisation de son véhicule personnel)
Le BC se réalisera (cocher la case)
SUR TEMPS DE TRAVAIL (FAIRE COMPLÉTER LE VOLET C PAR L'EMPLOYEUR)
HORS TEMPS DE TRAVAIL (NE PAS FAIRE REMPLIR LE VOLET C PAR L'EMPLOYEUR)

- Copie du dernier bulletin de salaire
- Attestation d'ancienneté, justifiant les 2 ans de service effectifs, consécutifs ou non en qualité d'agent titulaire ou non titulaire de la fonction publique hospitalière

**ATTENTION**  
Pièces à joindre  
obligatoirement au  
dossier

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**

Les informations collectées par l'ANFH directement auprès de vous via ce formulaire, avec votre consentement, font l'objet d'un traitement de données ayant pour finalité la gestion de votre dossier BC. 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 ou 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 avez la possibilité de retirer votre consentement à tout moment.

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 [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))

# DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

## BILAN DE COMPÉTENCES (BC)

# B

À COMPLÉTER PAR **L'ORGANISME PRESTATAIRE**

### B 01 | L'ORGANISME PRESTATAIRE

#### NOM OU RAISON SOCIALE

ADRESSE

CODE POSTAL COMMUNE

TÉLÉPHONE TÉLÉCOPIE E-MAIL

DOSSIER SUIVI PAR TÉLÉPHONE POSTE

N° DE DÉCLARATION D'ACTIVITÉ N° DE SIRET

### B 02 | DESCRIPTIF DE LA PRESTATION

ADRESSE DE RÉALISATION DU BILAN DE COMPÉTENCES

CODE POSTAL COMMUNE

DURÉE **TOTALE** (en heures) NOMBRE DE SÉANCES

CALENDRIER PRÉVISIONNEL (entretiens individuels, passages de tests, travaux de recherche et de documentation)

	DATE	HEURE DE DÉBUT	HEURE DE FIN	DURÉE
1 <sup>È</sup> SÉANCE				
2 <sup>È</sup> SÉANCE				
3 <sup>È</sup> SÉANCE				
4 <sup>È</sup> SÉANCE				
5 <sup>È</sup> SÉANCE				
6 <sup>È</sup> SÉANCE				
7 <sup>È</sup> SÉANCE				
8 <sup>È</sup> SÉANCE				
9 <sup>È</sup> SÉANCE				
10 <sup>È</sup> SÉANCE				
11 <sup>È</sup> SÉANCE				
12 <sup>È</sup> SÉANCE				

COÛT VALANT DEVIS TARIF HORAIRE TTC\* €/Heure NOMBRE D'HEURES\*\*

COÛT TOTAL TTC €

\* Tarif horaire applicable pour la durée totale du bilan. \*\* 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.

**B 03 | ENGAGEMENT DE L'ORGANISME PRESTATAIRE**

JE SOUSSIGNÉ(E)

Représentant légal de l'organisme de Bilan de compétences ci-dessus désigné certifié :

1 AVOIR REÇU

MME, MLE, M.

LE (date de l'entretien/pré-bilan)

Afin de :

- faire le point avec l'agent sur ses souhaits d'évolution et de changement.
- l'informer des conditions de déroulement du Bilan de compétences, ainsi que des méthodes et technique, adaptées à ses besoins, qui seront mises en œuvre.
- définir avec l'agent, les modalités du déroulement en précisant les différentes étapes à accomplir par le prestataire et par l'agent ainsi que leur engagement réciproque.

2 RÉALISER UNE PRESTATION CONFORME AUX DISPOSITIONS LÉGALES ET RÉGLEMENTAIRES

3 REMETTRE, AU TERME DU BILAN DE COMPÉTENCES, L'ATTESTATION DE FRÉQUENTATION EFFECTIVE

FAIT À

LE

NOM DU SIGNATAIRE

CACHET DE L'ORGANISME

**SIGNATURE**

Les informations collectées par l'ANFH directement auprès de vous via ce formulaire, avec votre consentement, font l'objet d'un traitement de données ayant pour finalité la gestion de votre dossier BC. 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 ou 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 avez la possibilité de retirer votre consentement à tout moment.

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 [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))



# DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

## BILAN DE COMPÉTENCES (BC)

# C

### À COMPLÉTER PAR L'ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR

À compléter uniquement si le bilan de compétences se déroule sur le temps de travail

#### C01 | L'ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR

##### NOM OU RAISON SOCIALE

ADRESSE			
CODE POSTAL	VILLE		
DOSSIER SUIVI PAR	FONCTION		
TÉLÉPHONE	POSTE	FAX	E-MAIL

#### C02 | AUTORISE L'AGENT

NOM	PRÉNOM		
NOM DE JEUNE FILLE	DATE DE NAISSANCE		
ADRESSE			
CODE POSTAL	VILLE		
GRADE	FONCTION	SERVICE*	STATUT
VILLE D'ACTIVITÉ SI DIFFÉRENTE DE C01			
* Total de la durée des services effectifs effectués par l'agent			

#### C03 | À S'ABSENTER POUR SUIVRE UN BILAN DE COMPÉTENCES

DANS LA PÉRIODE COMPRISE ENTRE LE	ET LE
POUR UNE DURÉE TOTALE DE	heures, suivant le calendrier B02

Toute modification du calendrier, dans la limite de la durée prévue, devra être portée à la connaissance de l'employeur directement par le bénéficiaire du Bilan de compétences

#### C04 | ET DEMANDE, SOUS RÉSERVE DE LA RÉALISATION DU BILAN DE COMPÉTENCES, LE REMBOURSEMENT DU SALAIRE DE L'AGENT SUR LA BASE D'UN COÛT HORAIRE\*

SALAIRE HORAIRE TTC\* € x NOMBRE D'HEURES\*\* = COÛT TTC €

\* Traitement, primes et indemnités y compris les indemnités à caractère familial, charges URSSAF, CNRACL, IRCANTEC.

\*\* La facturation sera établie sur le nombre d'heures réellement réalisées et ne pourra en aucune façon dépasser la durée indiquée.

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**

**C05 | DÉCLARE ÊTRE INFORMÉ DE LA CONFIDENTIALITÉ DES RÉSULTATS DU BILAN DE COMPÉTENCES  
QUI SONT LA PROPRIÉTÉ EXCLUSIVE DE L'AGENT**

- Certifie que l'établissement est à jour dans le versement de sa contribution 0,2 % CFP – BC – VAE.
- Certifie l'exactitude de tous les renseignements portés sur le présent document.

**FAIT À**

**LE**

**SIGNATURE**

**CACHET DE L'ÉTABLISSEMENT**

Les informations collectées par l'ANFH via ce formulaire, avec votre consentement et sur la base de votre contrat de travail, font l'objet d'un traitement de données dans le cadre de la gestion des dossiers BC. L'ensemble des informations sont obligatoires et nécessaires pour analyser le dossier. A défaut, l'ANFH ne sera pas en mesure d'instruire le 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 ou 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 avez la possibilité de retirer votre consentement à tout moment.

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 [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'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.

**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  
franche-comte@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  
nordpasdecalsais@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 Roquefeuil  
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

