

CONTRATS AIDES DEMANDE DE PRISE EN CHARGE - A COMPLETER PAR L'ETABLISSEMENT EMPLOYEUR

ÉTABLISSEMENT

NOM DE L'ETABLISSEMENT EMPLOYEUR :

CODE ETABLISSEMENT : STATUT : Sanitaire Social Médico-Social

PERSONNE A CONTACTER : Fonction :

Téléphone : E-Mail :

AGENT EN CONTRAT AIDE

NOM – PRENOM : GENRE : FEMININ MASCULIN

INTITULE DU POSTE :

DATE DE DEBUT DU CONTRAT : DATE DE FIN DE CONTRAT :

TUTEUR

NOM – PRENOM :

GRADE ET INTITULE DU POSTE :

FORMATION

INTITULE DE LA FORMATION :

ORGANISME LIEU DE LA FORMATION :

NUMERO DE SIRET : NUMERO DECLARATION D'ACTIVITE :

DATE DE DEBUT DE FORMATION DATE DE FIN DE FORMATION :

FRAIS

COUT	PEDAGOGIE	DEPLACEMENT/HEBERGEMENT	TRAITEMENT SI DIPLOMANT	TOTAL
2025				
2026				
2027				

A TRANSMETTRE

- Copie du contrat de travail + CERFA
- Copie du dernier bulletin de salaire
- Convention de formation ou devis

RAPPEL DE PRISE EN CHARGE :

- PEDAGOGIE ET DEPLACEMENT
- TRAITEMENT SI FORMATIONS DIPLOMANTES
- FORMATIONS ELIGIBLES :
 - Remise à niveau
 - Préparation concours
 - Formations qualifiante, certifiante et diplômante
- Suivi par Séverine Rivière : s.riviere@anhf.fr

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:

Cachet de l'établissement et signature