

**FORMATION DIPLOMANTE, CERTIFIANTE ET QUALIFIANTE
DEMANDE DE PRISE EN CHARGE - A COMPLETER PAR L'ETABLISSEMENT EMPLOYEUR**

ÉTABLISSEMENT

NOM DE L'ETABLISSEMENT EMPLOYEUR : CODE ETABLISSEMENT :
 PERSONNE A CONTACTER : Fonction :
 Téléphone : E-Mail :

AGENT

NOM – PRENOM : GENRE : FEMININ MASCULIN
 METIER EXERCE : GRADE :
 FILIERE : TECHNIQUE OUVRIERE SOCIALE ADMINISTRATIVE SOIGNANTE
 Mobilisation de l'agent de son Compte Personnel de Formation : non - si oui nombre d'heures mobilisées :



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 :
 DATE DE CSE : AVIS CSE : FAVORABLE DEFAVORABLE

PROJET PROFESSIONNEL (QUE VA PERMETTRE L'OBTENTION DU DIPLOME ?)

.....

FRAIS

COUT	PEDAGOGIE	TRAITEMENT	DEPLACEMENT/HEBERGEMENT	TOTAL
2025				
2026				
2027				
2028				

A TRANSMETTRE IMPERATIVEMENT

- ➡ Convention de formation ou devis
- ➡ Dernier bulletin de salaire
- ➡ Projet professionnel
- ➡ Suivi par Séverine Rivière : s.riviere@anfh.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

DATE LIMITE DE RECEPTION DES DOSSIERS

1^{ER} RECENSEMENT : 11 OCTOBRE 2024

2^{EME} RECENSEMENT : 15 MAI 2025