

**MAINTIEN DANS L'EMPLOI ET SECONDE PARTIE DE CARRIERE  
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 : ..... Priorité

SITUATION :  RECLASSEMENT POUR RAISON DE SANTE, RQTH OU RESTRICTION MEDICALE  
 ANTICIPATION D'USURE PROFESSIONNELLE  
 SECONDE PARTIE DE CARRIERE

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 : .....  
 NOMBRE DE JOURS/HEURES : .....  
 DATE DE CSE : ..... AVIS CSE :  FAVORABLE  DEFAVORABLE

**FRAIS**

COUT	PEDAGOGIE	TRAITEMENT	DEPLACEMENT/HEBERGEMENT	TOTAL
2025				
2026				
2027				
2028				

FINANCEMENT DU PROJET : .... % sur le plan 83% et ..... % sollicité sur le fonds complémentaire de l'ANFH

**A TRANSMETTRE IMPERATIVEMENT**

- ➔ Convention de formation ou devis
- ➔ Suivi par Séverine Rivière : [s.riviere@anfh.fr](mailto: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<sup>ER</sup> RECENSEMENT : 11 OCTOBRE 2024      2<sup>EME</sup> RECENSEMENT : 15 MAI 2025