

**REMISES A NIVEAU ET PREPARATIONS CONCOURS
DEMANDE DE PRISE EN CHARGE - A COMPLETER PAR L'ETABLISSEMENT EMPLOYEUR**

ÉTABLISSEMENT

NOM ETABLISSEMENT :
 Non du contact : Fonction :
 Téléphone : Mail :

AGENT

Priorité
N°

NOM – PRENOM :
 Grade :
 Mobilisation de l'agent de son Compte Personnel de Formation : non - si oui nombre d'heures mobilisées :

FORMATION

INTITULE DE LA FORMATION :
 ORGANISME.....
 NUMERO DE SIRET : NUMERO DECLARATION D'ACTIVITE :
 LIEU DE LA FORMATION : DATE CTE : AVIS : Favorable Défavorable
 DATE DÉBUT DE FORMATION : DATE FIN DE FORMATION :
 NOMBRE DE JOURS :

FINANCEMENT

Années civiles	Frais pédagogiques	Salaire de l'agent en formation	Déplacement hébergement	COUT TOTAL ANNUEL
2025				
2026				

A TRANSMETTRE :

- ➔ Convention de formation ou devis
- ➔ Accord au fil de l'eau jusqu'à l'épuisement de l'enveloppe budgétaire
- ➔ 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