

# Fiche d'inscription au titre du Plan de Formation

A transmettre au Service de la Formation Continue Carré Necker Porte N4

Toute demande incomplète sera retournée

## FORMATION

Hôpital NECKER Centre de formation AP-HP Autre hôpital AP-HP Organisme extérieur  
Nom du centre organisateur : \_\_\_\_\_  
Si organisme extérieur : joindre les références de l'organisme et le programme de formation

Intitulé de la formation : \_\_\_\_\_

Code de la session: / / / / / / / / / / / / / / / /

Date de début : ---/---/----- Date de fin : ---/---/----- Durée : \_\_\_\_\_ jours = \_\_\_\_\_ heures

Lieu : \_\_\_\_\_

Coût Inscription: \_\_\_\_\_

Ordre de Mission\*

Frais de mission\* →

montant des frais : \_\_\_\_\_

\* joindre formulaires à la demande

Coût Total : \_\_\_\_\_

## Typologie de la formation à remplir en concertation avec le cadre – Cocher une seule case

1            2a            2b            2c            3            4            5            8

1 : formation professionnelle initiale

2a : Adaptation immédiate au poste de travail

2b : Adaptation à l'évolution prévisible des emplois (DIF mobilisable, à titre individuel)

2c : Développement de compétences, acquisitions de nouvelles compétences (DIF mobilisable, à titre individuel)

3 : Préparations des examens et concours (DIF mobilisable)

4 : Etudes promotionnelles

5 : Conversion

8 : VAE (DIF mobilisable au-delà des 24H réglementaires)

## PARTICIPANT

Pôle / Direction: \_\_\_\_\_ Service / UG : \_\_\_\_\_

Nom usuel : \_\_\_\_\_ Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

N° Identifiant (APH) : / / / / / / / / / / / / / / / /

Titulaire /stagiaire

Contractuel

Métier (fiche de paye) : \_\_\_\_\_ Grade : \_\_\_\_\_

Téléphone : / / / / / / / / / / / / / / / / Mail : \_\_\_\_\_

Date de la demande : ---/---/----- 1<sup>ère</sup> demande 2<sup>ème</sup> demande → date 1<sup>ère</sup> demande: ---/---/-----

--

Signature de l'agent :

**TSVP**

**Tableau DIF\* ou Formation hors temps de travail**  
**(A ne compléter que dans ces cas, en concertation avec l'encadrement)**

\* Vérifiez que vous remplissez les conditions permettant de bénéficier du « Droit Individuel de Formation »

**Répartition du temps de formation.**

Durée de la formation = total DIF + total Hors DIF)	DIF					Hors DIF		
	Crédit d'heures disponible	Heures anticipées mobilisées	Total heures mobilisées au titre du DIF (1)+(2)	Sur temps de travail (1)	Hors temps de travail (Allocation) (2)	Total hors DIF (3)+(4)	Sur temps de travail (3)	Hors temps de travail (4)
exemple = 80 heures	50	30	80	40	40	/	/	/

Certaines actions de formation peuvent se dérouler en dehors du temps de travail, dans la limite de **50 heures** de formation par an pour la **finalité 2b**, et dans la limite de **80 heures** de formation par an pour la **finalité 2c**.  
 1 jour = 7 heures, ½ journée = 3H30

**CADRE RESPONSABLE HIERARCHIQUE**

**Pôle/Service :**

**Nom - prénom :**

**Téléphone :** / / / / / / / / / / / / / / / /

**Date de réception de la demande** ---/---/-----

**Signature :**

**Avis de l'encadrement :**

Demande incomplète

Non adaptée à la réglementation

**Avis favorable**

**Avis défavorable car**

- Formation non adaptée
- Crédit DIF insuffisant
- Formation nécessitant du DIF
- Coût de l'action de formation
- Incompatible avec les nécessités du service
- Ne figure pas au plan de formation

Les demandes comportant du temps de formation hors temps de travail ou un investissement budgétaire devront être validées par le Cadre Paramédical de Pôle ou le Directeur

**Date de l'avis**

**Nom**

**Fonction du signataire**

**Signature :**

**DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES**

**Avis de la DRH**

**Demande acceptée**

**Demande refusée**

Motif du refus

- Formation non adaptée
- Crédit DIF insuffisant
- Formation nécessitant du DIF
- Coût de l'action de formation
- Incompatible avec les nécessités du service
- Ne figure pas au plan de formation

**Date de l'avis**

**Nom**

**Fonction du signataire**

**Signature :**

**Date de remise au salarié**