



# FICHE D'INSCRIPTION EN FORMATION

HENRI-MONDOR - ALBERT CHENEVIER Mail : [hmn-formation-hmn-ach@aphp.fr](mailto:hmn-formation-hmn-ach@aphp.fr)

EMILE ROUX Mail : [erx-service-formation@aphp.fr](mailto:erx-service-formation@aphp.fr)

GEORGES CLEMENCEAU Mail : [gcl-formation@aphp.fr](mailto:gcl-formation@aphp.fr)

DUPUYTREN Mail : [formation.jfr@aphp.fr](mailto:formation.jfr@aphp.fr)

**A transmettre au service Formation Continue de votre site 2 mois avant le début de la formation.**

## 1 RENSEIGNEMENTS AGENT

Tous les champs sont à compléter obligatoirement

N° Identifiant APH : \_\_\_\_\_

titulaire  stagiaire  contractuel

Nom : .....

Prénom : .....

Métier/ Grade : .....

Service : .....

Hôpital : .....

Direction/DMU : .....

N° Poste : ..... N° DECT : .....

Téléphone personnel : .....

Mail professionnel : .....@aphp.fr

Mail personnel : .....@ .....

## 2 DEMANDE D'INSCRIPTION FORMATION

Intitulé de la formation : .....

Date de début : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Date de fin : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Durée de la formation : Nombre de jour : .....jour(s) Nombre d'heure : .....heure(s) (1 jour = 7h00 - ½ jour = 3h30)

En présentiel: Lieu .....  
(ordre de mission obligatoire, si hors 75, 92, 93, 94)

En visioconférence / à distance

E - Learning

<input type="checkbox"/> Formation APHP	<input type="checkbox"/> Formation Payante	<input type="checkbox"/> Invitation/Formation «Gratuite»
Organisée par : <input type="checkbox"/> HMN <input type="checkbox"/> ACH <input type="checkbox"/> ERX <input type="checkbox"/> GCL <input type="checkbox"/> DUP <input type="checkbox"/> CFCMPPH <input type="checkbox"/> CFTAO <input type="checkbox"/> CFCTLM <input type="checkbox"/> CFCTSE <input type="checkbox"/> IFMEM <input type="checkbox"/> IFMK <input type="checkbox"/> CESU 92/93/94/75 <input type="checkbox"/> AUTRE : ..... Code stage : ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____ Code Session : ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____	Organisée par : ..... Coût : .....€ → Programme de la formation à joindre <u>obligatoirement</u> <i>Attention : aucun départ en formation ne pourra être effectué sans l'établissement au préalable d'une convention entre le Service Formation et l'organisme.</i>	Organisée par : ..... → Programme de la formation à joindre <u>obligatoirement</u>

Date de la demande : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature de l'agent

## 3 FINALITÉ DE L'ACTION

- 2a adaptation immédiate au poste de travail  
 2b adaptation à l'évolution prévisible des emplois

- 2c développement, acquisition de nouvelles compétences  
 3 préparation des examens et concours (CPF à compter du 6ème jour)

Création Compte CPF sur le site de la Caisse des dépôts et des Consignations <https://www.moncompteactivite.gouv.fr>

## 4 AVIS DE L'ENCADREMENT

1/ AVIS DU SUPÉRIEUR HIÉRARCHIQUE	2/ AVIS DU DIRECTEUR OU CPDMU	3/ AVIS DE LA DSAP (pour les formations Payantes des soignants)
<input type="checkbox"/> FAVORABLE <input type="checkbox"/> DÉFAVORABLE Motif si défavorable : <input type="checkbox"/> Non adapté au poste de travail <input type="checkbox"/> Incompatible avec nécessités de service <input type="checkbox"/> Ne figure pas au plan de formation <input type="checkbox"/> Coût de la formation <input type="checkbox"/> Autre: ..... Nom - Prénom : _____ Date : ____/____/____ <u>Signature</u> <u>Et cachet :</u>	<input type="checkbox"/> FAVORABLE <input type="checkbox"/> DÉFAVORABLE Motif si défavorable : <input type="checkbox"/> Non adapté au poste de travail <input type="checkbox"/> Incompatible avec nécessités de service <input type="checkbox"/> Ne figure pas au plan de formation <input type="checkbox"/> Coût de la formation <input type="checkbox"/> Autre: ..... Nom - Prénom : _____ Date : ____/____/____ <u>Signature</u> <u>Et cachet :</u>	<input type="checkbox"/> FAVORABLE <input type="checkbox"/> DÉFAVORABLE Motif si défavorable : <input type="checkbox"/> Non adapté au poste de travail <input type="checkbox"/> Incompatible avec nécessités de service <input type="checkbox"/> Ne figure pas au plan de formation <input type="checkbox"/> Coût de la formation <input type="checkbox"/> Autre: ..... Nom - Prénom : _____ Date : ____/____/____ <u>Signature</u> <u>Et cachet :</u>

## 5 CADRE RESERVÉ AU SERVICE FORMATION

Date de la demande : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Date de traitement : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

N° de la Demande : \_\_\_\_\_