

DEMANDE D'INSCRIPTION A UNE ACTION DE FORMATION

Personnel non médical

▪ Partie à compléter par l'agent

IDENTITE			
Nom		Prénom	
Grade		Fonction	
Service		Pôle/Direction	
Numéro de téléphone professionnel			

DEMANDE DE FORMATION	
Intitulé de la formation*	
Organisme	
Date(s)	
Durée	
Lieu	

*Joindre obligatoirement le programme de la formation avec les coordonnées de l'organisme pour les formations à l'extérieur.

COUTS DE LA FORMATION	
Coût enseignement	
Frais de déplacement (RATP, SNCF, ...) : coût total	
Frais d'hébergement : nombre de nuitées	
Frais de repas : nombre total de repas	

MOTIVATION DE LA DEMANDE ET RESULTATS ATTENDUS DANS LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE	

Date	Signature de l'agent

- **Partie à remplir par la hiérarchie**

<p><u>Avis motivé du Responsable hiérarchique direct</u></p> <p><input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable</p> <p><u>Commentaires :</u></p> <p>Nom : Prénom : Qualité :</p> <p><u>Date et signature</u></p>	<p><u>Avis motivé du Directeur et/ou Chef de service et/ou Cadre de pôle</u></p> <p><input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable</p> <p><u>Commentaires :</u></p> <p>Nom : Prénom : Qualité :</p> <p><u>Date et signature</u></p>
--	--

Demande à transmettre au service formation continue de territoire **au moins 1 mois avant le début de la formation.**

Toute demande de formation incomplète ne sera pas traitée.

Les formulaires complétés et signés de l'encadrement, sont à envoyer au gestionnaire formation référent :

-Pour les agents du CRIAJS, des pôles de psychiatrie adultes et de pédopsychiatrie : **Madame Aurore LEFEVRE**, adresse mail: aurore.lefeuvre@ght94n.fr;

-Pour les agents des pôles de SSR, MCO, médico-techniques: **Madame Marie-Renée ODRAN**, adresse mail: marie-renee.odran@ght94n.fr

-Pour les agents des directions, dont les IFSI, l'ENKRE et les crèches : **Madame Rachida MELLOULI**, adresse mail : rachida.mellouli@ght94n.fr