



BULLETIN D'INSCRIPTION

www.cnfpt.fr

À retourner à la structure organisatrice de la formation

Attention : pour qu'une demande soit prise en compte,
toutes les rubriques doivent être renseignées et ne comporter aucune rature ni surcharge

TYPE DE FORMATION DEMANDÉE

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Formation de professionnalisation au 1 ^{er} emploi | <input type="checkbox"/> Préparation concours ou examen |
| <input type="checkbox"/> Formation de professionnalisation tout au long de la carrière professionnelle | <input type="checkbox"/> Formation de perfectionnement |
| <input type="checkbox"/> Formation de professionnalisation lors d'une prise de poste à responsabilité | <input type="checkbox"/> Formation initiale |
| <input type="checkbox"/> Formation d'intégration | <input type="checkbox"/> Formation continue obligatoire police municipale |

Titre du stage : **RENCONTRES TERRITORIALES DE L'ÉDUCATION ET DE LA CULTURE**

Structure organisatrice : Délégation régionale de : _____ INSET de Nancy INSET de Dunkerque
 INSET d'Angers INSET de Montpellier INET Strasbourg

Code du stage : **FD006 001** Date(s) : **19 et 20 avril 2013** Lieu : **INSET DE NANCY**

Contacts : **François DERUDDER / Anne ABA PEREA**

Les frais de déplacement et d'hébergement sont à la charge des participants ou de leur structure.
Les repas sont pris en charge par le CNFPT - INSET de Nancy.

IDENTIFICATION DU STAGIAIRE

M|_ | Mme|_ | Nom d'usage : _____
Nom de naissance : _____ Prénom : _____
Date de naissance : _____
Adresse personnelle : _____ Code postal : _____
Ville _____ Pays : _____ Tél. mobile : _____
Tél. personnel : _____ Tél. professionnel : _____ Poste : _____
Courriel { _____ } @ _____
Niveau de diplôme : _____

SITUATION ADMINISTRATIVE DU STAGIAIRE

Collectivité : _____
Lieu de travail (résidence administrative) : _____
Adresse : _____ Code postal : _____
Ville : _____ Fonction : _____ Service : _____
Fonction publique territoriale : Titulaire ou stagiaire Contractuel de droit public Contrat aidé Contractuel de droit privé
 Emploi d'avenir
Hors FPT, préciser : _____
Grade : _____ Date d'entrée dans ce grade : _____
Catégorie : A B C Date d'entrée dans la fonction publique territoriale : _____
Nom et courriel du responsable hiérarchique : _____
Nom et courriel du correspondant formation dans le service (s'il existe) : _____

PARTIE À REMPLIR PAR LE SERVICE FORMATION DE LA COLLECTIVITÉ

Nom de la collectivité : _____ Responsable formation : _____
N° SIRET - 14 caractères - renseignement obligatoire _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Tél. : _____ Poste : _____ Fax : _____
Courriel : _____ @ _____

Afin de faciliter le bon déroulement de la formation de votre agent, merci de cocher cette case, le cas échéant, si des besoins d'aménagements particuliers liés à un handicap sont nécessaires.

Nom : . Prénom :

OBJECTIFS DE LA DEMANDE DE FORMATION - ne pas remplir si il s'agit d'une formation d'intégration.

Fonctions exercées et description succincte de vos activités :

Quelles sont les raisons qui motivent votre candidature ?

Avis du chef de service .

Avis du responsable formation .

PARTIE VALANT CONVENTION DIF

La demande d'inscription est faite dans le cadre du droit individuel à la formation (DIF) : oui non
Si oui, merci de compléter les rubriques suivantes pour que ce bulletin ait valeur de convention entre l'agent territorial et son employeur.

Caractéristiques du DIF utilisé pour cette action :

Nombre d'heures capitalisées par l'agent avant l'action :	heures
Nombre d'heures « DIF » mobilisées pour l'action :	heures
Le cas échéant, nombre d'heures demandées par anticipation du droit :	heures
Le cas échéant, nombre d'heures devant être réalisées et indemnisées hors temps de travail	heures

La demande actuelle d'utilisation du DIF : est la première, fait suite à un premier refus.

PAR LA PRÉSENTE, L'AGENT ET L'AUTORITÉ TERRITORIALE CONFIRMENT LEUR ACCORD SUR LE CHOIX ET LES MODALITÉS DE L'ACTION DE FORMATION.

Le/la stagiaire	Le/la responsable hiérarchique (Facultatif)	L'autorité territoriale
Date :	Nom, prénom :	Nom de la collectivité :
Signature	Qualité :	Nom, prénom du signataire :
	Signature	Qualité du signataire :
		Date :
		Signature