



BULLETIN D'INSCRIPTION

www.cnfpt.fr

À retourner à votre service formation

Attention : pour qu'une demande soit prise en compte :

- toutes les rubriques doivent être renseignées et ne comporter aucune rature ni surcharge ;
- votre bulletin doit être adressé pendant la période d'inscription à la formation.

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 :

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

Code du stage : Date(s) : Lieu du stage :

Nom de la / du conseiller-er formation (facultatif) :

Hébergement (facultatif) : OUI, préciser : la veille le jour même NON

IDENTIFICATION DE LA / DU STAGIAIRE

M Mme Nom d'usage :

Nom de naissance : Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse Personnelle :

Code Postal : Ville : Tél. mobile :

Tél. personnel : Tél. professionnel : Poste :

Fax : Courriel :@.....

Niveau de diplôme :

SITUATION ADMINISTRATIVE DE LA / DU STAGIAIRE

Nom de la collectivité :

Lieu de travail (résidence administrative) :

Adresse :

Code Postal : Ville : Fonction :

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 (si différente de la résidence administrative de la / du stagiaire) :

Code Postal : Ville :

Tél: Poste : Fax :

Courriel :@.....

Afin de faciliter le bon déroulement de la formation de votre agent-e, 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 s’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 :
.....
.....

Pour les inscriptions prises à titre payant (formation payante par nature ou inscription effectuée pour une personne ne relevant pas de la fonction publique territoriale), le présent bulletin vaut bon de commande.
Le règlement se fera uniquement par mandat administratif sur la base des tarifs actuellement en vigueur.
Soit : € x jour(s) = € net.
Le désistement d'un stagiaire dans un délai inférieur à 15 jours francs avant la date de début de la session entraîne le paiement intégral des frais de 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-E 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 : Signature	Nom, prénom : Qualité : Signature	Nom de la collectivité : Nom, prénom du stagiaire : Qualité du stagiaire : Date : Signature

Les données personnelles recueillies font l’objet d’un traitement informatique qui a été régulièrement déclaré conformément à la Loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978. Elles sont utilisées exclusivement par le CNFPT pour assurer le suivi de votre demande d’inscription à un stage, et vous informer le cas échéant sur des actions de formation susceptibles de vous intéresser. Vous bénéficiez d’un droit d’accès, de modification et de retrait des données qui vous concernent, en adressant votre demande à votre délégation régionale