



BULLETIN D'INSCRIPTION

A RETOURNER A SEVERINE.CHAMPOUGNY@CNFPT.FR
ACCOMPAGNE D'UN CV ET D'UNE LETTRE DE MOTIVATION
ATTENTION : INSCRIPTION PAR BULLETIN UNIQUEMENT



TYPE DE FORMATION DEMANDEE

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Formation de professionnalisation au 1 ^{er} emploi | <input type="checkbox"/> Formation de professionnalisation lors d'une prise de poste à responsabilité |
| <input type="checkbox"/> Formation de professionnalisation tout au long de la carrière professionnelle | <input type="checkbox"/> Formation de perfectionnement |

Titre du stage : **CYCLE DE FORMATION A DISTANCE DU CNFPT – FOREMI – CHANT, PIANO, VIOLON**

Structure organisatrice : **INSET de Nancy**

Code du stage : **FOREMI**

Date(s) : **OCTOBRE 2016 A JUILLET 2017 A DISTANCE**

Dates des regroupements en présentiel : **DU 17 AU 18 OCTOBRE 2016 A NANCY / DU 5 AU 7 AVRIL 2017 A VINCENNES / DU 3 AU 4 JUILLET 2017 A NANCY**

Nom du conseiller formation : **VINCENT MOREAU**

M M^{me} 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 personnelle :

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 : **ATTACHE PRINCIPAL**

Date d'entrée dans ce grade : Catégorie : A B C

Date d'entrée dans la fonction publique territoriale :

Nom et courriel du responsable hiérarchique :

PARTIE A REMPLIR PAR LE SERVICE FORMATION DE LA COLLECTIVITE

Nom de la collectivité : Responsable formation :

N° SIRET - *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, le cas échéant, si des aménagements particuliers liés à un handicap sont nécessaires :

Nom : Prénom :

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 :

CARACTERISTIQUES DU DIF UTILISE 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 : <input type="checkbox"/> est la première <input type="checkbox"/> 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 <i>Date et signature :</i>	Le.la responsable hiérarchique <i>Nom, prénom :</i> <i>Date et signature :</i>	L'autorité territoriale <i>Nom de la collectivité :</i> <i>Nom, prénom du signataire :</i> <i>Qualité du signataire :</i> <i>Date :</i> <i>Signature et cachet de la collectivité :</i>
--	---	---