

DEMANDE EXCEPTIONNELLE DE FORMATION

Date de la demande

Identité du salarié

NOM Prénom

Métier Etablissement/Service

Détails de la formation souhaitée

Intitulé de la formation souhaitée

Durée Lieu

Date(s)

Organisme *(joindre obligatoirement le programme de formation)*

Si la formation est éligible au CPF, souhaitez-vous le mobiliser ? : Oui Non

Objectifs et motivations :

.....
.....
.....

BUDGET PREVISIONNEL DES DEPENSES DE FORMATION

A remplir par le salarié

NATURE DES DEPENSES		QUANTITE	PRIX UNITAIRE	PRIX TOTAL
FRAIS PEDAGOGIQUES				
TRANSPORT	Sncf (2 ^{ème} classe)			
	Voiture (uniquement sur accord écrit de la direction -joindre la copie de la carte grise)			
	Transports en commun			
	Sous total transport			
HEBERGEMENT	Repas			
	Nuitée + petit déjeuner			
	Sous total hébergement			
TOTAL GENERAL				

Tournez la page

DEMANDE EXCEPTIONNELLE DE FORMATION

PARTIE RESERVEE A LA DIRECTION DE L'ETABLISSEMENT

Salaires de remplacement		COÛT TOTAL GENERAL
AVIS DE LA DIRECTION DE L'ETABLISSEMENT		
<input type="checkbox"/> Favorable	<input type="checkbox"/> Défavorable	
Motivations de l'avis :		
Date :	NOM Prénom :	

Fait le :
Signature du stagiaire :

Fait le :
Signature du directeur :

Fait le :
Signature DRH :

IMPORTANT :

- toute demande incomplète ne sera pas prise en compte
- toute demande du salarié, qu'elle soit accordée ou refusée, doit être transmise au siège social

PARTIE RESERVEE A LA COMMISSION FORMATION

AVIS DE LA COMMISSION FORMATION	
<input type="checkbox"/> Favorable	<input type="checkbox"/> Défavorable
Motivations de l'avis :	
Date :	