



LA FORMATION

Statut* : <input type="checkbox"/> Agent non titulaire <input type="checkbox"/> Fonctionnaire stagiaire <input type="checkbox"/> Fonctionnaire titulaire Catégorie : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D Grade :	Spécialité : <input type="checkbox"/> Administrative <input type="checkbox"/> Technique <input type="checkbox"/> Sécurité publique <input type="checkbox"/> Sécurité civile	Pour les ANT*: <input type="checkbox"/> Formation permanente <input type="checkbox"/> Prépa concours	Pour les fonctionnaires stagiaires et fonctionnaires titulaires* : <input type="checkbox"/> Professionnalisation tout au long de la carrière <input type="checkbox"/> Professionnalisation suite à prise de poste à responsabilités <input type="checkbox"/> Professionnalisation au 1er emploi ou nouveau cadre d'emploi <input type="checkbox"/> Formation statutaire <input type="checkbox"/> Prépa concours ou examen professionnel
--	--	---	---

Intitulé du stage* :
Code action* : **Dates :** du / au / / **Lieu :**
COLLECTIVITE* : **Adresse du lieu d'activité* :**
Commune associée :
Date d'entrée dans la collectivité* : / / **Date d'entrée dans la FPC* :** / /
Tel : **Fax :** **Courriel :** @

LE STAGIAIRE

Mme M.
Nom patronymique* : **Nom d'épouse* :**
Prénoms* :
Fonction* : **Service* :** **Depuis le :** / /
Né(e) le* : / / **à**
Tel : **Mobile :** **Courriel :** @
Adresse géographique :
Commune* : **Code postal :** **BP :** **Centre distributeur :**
 Si des aménagements sont nécessaires à votre accueil en formation, merci de nous l'indiquer :

Motivation du candidat : pourquoi souhaitez-vous suivre cette formation ?

.....

Avis du chef de service :
 Priorité : 1 2 3 4

Avis du service RH : En cas où plusieurs agents de la collectivité seraient candidats à cette action de formation, le service RH propose que celle de cet agent vienne en Priorité :
 1 2 3 4

POUR LES SAPEURS POMPIERS*

*Joindre les copies des prérequis demandés sur la fiche de stage
 PERMANENT VOLONTAIRE *Aptitude médicale valable jusqu'au : / /
 *Dernière formation générale validée et date d'obtention :
 *Spécialités validées :
 *Autres prérequis nécessaires (non mentionnés ci-dessus) : libellé et date d'obtention

La signature par la collectivité du bulletin de candidature pour les SPV vaut "engagement de régler les frais demandés".
 (Tarification selon la délibération du CA du CGF n°12 du 8/12/2011)

Date : le / / Signature de l'agent	Date : le / / Signature du responsable hiérarchique	Date : le / / Signature du Maire ou Président et cachet
--	---	---

RÉSERVATION DU TRANSPORT

COMPAGNIE	ITINÉRAIRE	DATE DE DÉPART	HEURE	N°VOL	DATE D'OPTION

N°DOSSIER : **TARIF :**

Souhaitez vous être mis en relation avec le CMIT pour l'hébergement du stagiaire ? OUI NON

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion de la formation visée. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au CGF : cgf@cgf.pf. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

* Champs à remplir obligatoirement