



Fiche d'inscription

Demande de formation

Service des Ressources
Humaines et traitements

2 allée Louise et Victor Champier
BP 30329 59 056 Roubaix cedex 1

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Intitulé de la formation : | |
| Date(s) : | Pour une durée totale de : (heures) Lieu : |
| <input type="checkbox"/> Mme, <input type="checkbox"/> Mlle, <input type="checkbox"/> M. : Nom | Prénom : Tél. prof : |
| Date de naissance : | Quotité de travail : % |
| Etablissement : | |
| Service : | Mail : |
| Corps : <input type="checkbox"/> Titulaire <input type="checkbox"/> Contractuel (Date de fin de contrat :) | Fonction : |
| Quelles sont vos attentes et motivations concernant la formation demandée : | |

Situation par rapport à la formation demandée
(Rubriques à remplir obligatoirement pour les personnels ENSAIT- ne cocher qu'une seule case)

Finalité de la formation :

T1 : Adaptation au poste de travail
Cette formation vous apportera les compétences pour exercer votre fonction actuelle : « Ici et maintenant ».
Ou

T2 : Évolution des métiers
Cette formation vous apportera les compétences dans le cadre d'une évolution prévue de votre emploi : « Ici et demain ».
Ou

T3 : Développement ou acquisition de nouvelles compétences
Cette formation vous apportera les compétences pour votre projet professionnel (mobilité, reconversion) au-delà du cadre de votre emploi actuel : « Ailleurs et demain ».

Si la finalité de votre demande relève du T2 ou T3, vous avez la possibilité de mobiliser votre Droit Individuel à la Formation (DIF).
Souhaitez-vous utiliser ce droit pour cette formation ? Oui (merci de remplir l'accord* ci dessous)
 Non

AVIS DU RESPONSABLE HIERARCHIQUE

| | |
|-------------------------------------------|------------|
| Nom du Responsable hiérarchique : | Fonction : |
| N° de Tél. prof. : | |
| Avis : <input type="checkbox"/> Favorable | Motif : |
| <input type="checkbox"/> Défavorable | |

| | |
|-------------------------------------------------|------------------------|
| Date : | |
| Visa et Signature du Responsable hiérarchique : | Signature de l'agent : |

* ACCORD POUR LA MOBILISATION DU DIF

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Je souhaite utiliser mon capital d'heures, disponible au titre du DIF, pour suivre cette formation | Responsable hiérarchique : |
| Nombre d'heures utilisées : | <input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable |
| Signature de l'agent : | Signature du Responsable hiérarchique : |
| Date : | Date : |