

**CADRE 1 IDENTIFICATION**

N° NUMEN :

N° INSEE :

M.  Mme

Nom..... Prénom.....

Nom de jeune fille..... Date de naissance.....

Nationalité.....

Commune et Pays de naissance.....

Adresse personnelle et Pays de Résidence.....

Code postal      Ville .....

Adresse courriel ..... Numéro de téléphone : .....

**CADRE 2 PROFESSION**

CADRE 2	PROFESSION	PERSONNEL EXERÇANT AU SEIN DE LA FONCTION PUBLIQUE
ÉDUCATION NATIONALE <input type="checkbox"/>		AUTRE FONCTION PUBLIQUE D'ÉTAT <input type="checkbox"/>
GRADE : .....		ADRESSE EMPLOYEUR:.....
ÉTABLISSEMENT D'EXERCICE ET ADRESSE : .....		
TITULAIRE <input type="checkbox"/>		TITULAIRE <input type="checkbox"/>
CONTRACTUEL <input type="checkbox"/>		CONTRACTUEL <input type="checkbox"/>
VACATAIRE <input type="checkbox"/>		VACATAIRE <input type="checkbox"/>
AUTRE (à préciser) .....		AUTRE (à préciser) .....

**PERSONNEL EXERÇANT HORS FONCTION PUBLIQUE**

EMPLOYEUR ET ADRESSE.....

PROFESSION LIBÉRALE  CHEF D'ENTREPRISE  ARTISAN  SALARIÉ

INTERMITTENT DU SPECTACLE  RETRAITÉ - 65 ans  RETRAITÉ + 65 ans  AUTRE

**Retourner la fiche de renseignement accompagnée des pièces à joindre**
**CADRE 3 DISPOSITIF DE FORMATION (reporter les indications figurant sur l'ordre de mission)**

N° dispositif

N° module

Année	Imputation
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Intitulé du module : .....

**RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION**

Date de début	Date de fin	Nombre de stagiaires	Durée du parcours	Rémunération temps du parcours	Nombre de Co-animateurs	Code indemnité	Montant brut
		≤ 25	Jusqu'à 9 heures maximum	40€			
		>25		50€			
		≤ 25	Au-delà de 10h	Forfait de 400€			
		>25		Forfait de 500€			

Entourez ce qui correspond à votre situation.

Certifié exact, Vérification par la DAFOP, Nom du service gestionnaire :

A , le Date : Date d'arrivée au service gestionnaire :

Signature de l'intéressé(e) Visa:

Le délégué académique à la formation des personnels :