

ANNEXE A LA DEMANDE DE PRISE EN CHARGE CPF EMPLOYEUR
CALENDRIER DE LA FORMATION
 (à joindre au dossier si frais annexes demandés)

NOM et Prénom du salarié	
Numéro identifiant dossier CPF du salarié	

Notes :

- Si la formation est sur plusieurs années, merci de remplir le calendrier de la formation pour chaque année civile,
- Les champs en rouge sont à remplir obligatoirement,
- Précisez dans le calendrier ci-dessous, l'année puis les journées pleines de formation (1) et/ou les demi-journées de formation (1/2).

Rappel des conditions de prise en charge des frais annexes :

- déjeuner : si journée pleine,
- hôtel : si 2 journées successives,
- dîner : si hôtel,
- déplacement : forfait aller-retour si distance >120 km aller-retour.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Janvier																															
Février																															
Mars																															
Avril																															
Mai																															
Juin																															
Juillet																															
Aout																															
Septembre																															
Octobre																															
Novembre																															
Décembre																															

◆ Précisez, le cas échéant, le nombre de nuit d'hôtel en province , en Ile de France et/ou à l'étranger)