

**DEMANDE D'INDEMNISATION**

(à retourner dûment remplie impérativement sous 7 jours après la fin de la formation)

☐ Stagiaire☐ Formateur☐ Jury☐ Assistant

Intitulé :

Dates :

Lieu :

INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom : Prénom : Grade :

Centre :

POSITION DE L'AGENT PENDANT LE STAGE

| Dates | Heures | SPV | SPP |
|------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| | | Conventionné avec subrogation | Indemnisé |
| | | Païement employeur | Païement agent |
| Le :/...../..... | De :h..... A :h | | |
| Le :/...../..... | De :h..... A :h | | |
| Le :/...../..... | De :h..... A :h | | |
| Le :/...../..... | De :h..... A :h | | |
| Le :/...../..... | De :h..... A :h | | |
| Le :/...../..... | De :h..... A :h | | |
| | | Signature employeur SPV | Signature Chef de centre SPP |

Hébergé : ☐ Oui ☐ Non**SIGNATURES OBLIGATOIRES ATTESTANT L'EXACTITUDE DES RENSEIGNEMENTS FOURNIS**