



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
		Paiement employeur	Paiement 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