



**A remplir par le SFC**

Date de réception : \_\_\_\_\_  
 Session enregistrée le : \_\_\_\_\_  
 Numéro de session : \_\_\_\_\_  
 Validation transmise le : \_\_\_\_\_  
 Justificatifs remis le : \_\_\_\_\_  
 Refus transmis le : \_\_\_\_\_

**DEMANDE DE FORMATION INDIVIDUELLE**

**IMPORTANT !**

Cette demande ainsi que son descriptif/programme annexé doit parvenir au Secteur de la formation continue au minimum **30 jours ouvrables** avant le début de la formation ou le délai d'inscription.

**A REMPLIR PAR LE/LA COLLABORATEUR-TRICE ET SON/SA SUPERIEUR-E HIERARCHIQUE**

**1. Coordonnées personnelles**

Direction générale : \_\_\_\_\_ Supérieur-e hiérarchique / directeur-trice : \_\_\_\_\_  
 Collaborateur-trice :  
 Madame  Monsieur   
 Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Fonction : \_\_\_\_\_ N° Matricule : \_\_\_\_\_  
 Etablissement : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_ Taux d'activité : \_\_\_\_\_

**2. Descriptif de la formation**

Intitulé de la formation : \_\_\_\_\_  
 Nom de l'institut / organisme :  
 \_\_\_\_\_  
 Lieu : \_\_\_\_\_  
 Date(s) : \_\_\_\_\_  
 Nombre de jours : \_\_\_\_\_

*Obligatoire pour validation*

Heures sur temps d'enseignement : \_\_\_\_\_ h  
 Heures hors temps d'enseignement : \_\_\_\_\_ h

Joindre impérativement le **programme/descriptif** de la formation, ainsi que, le cas échéant, une offre avec l'indication des **coûts**

**3. Informations complémentaires concernant le type de formation**

Domaine de la formation (Cochez un seul domaine par demande) Compléments

Profession enseignante  Développement professionnel L'organisme de formation est certifié EDUQUA?  
 Langues  Mathématiques  Oui  Non  
 Sc. exp. et de la nature  Sciences humaines et sociales  
 Arts  Corps et mouvement La formation est certifiante ?  Oui  Non  
 Capacités transversales  Formation générale Type de certification ?  
 \_\_\_\_\_

J+S, n° personnel J+S : \_\_\_\_\_  formulaire d'inscription J+S à annexer  
*obligatoirement pour les personnes non titulaires d'un n° J+S*

**4. Catégorie de la formation**

Degré de nécessité de la formation:

Le choix de la catégorie est déterminé par le degré de priorité de la formation et a un impact sur la prise en charge financière effectuée par la Direction générale.

- 1. Obligatoire "Légale"** *Formation obligatoire qui découle d'une exigence légale (directive, norme ou document officiel) pour maintenir le droit d'exercer l'activité (joindre le justificatif).*
- 2. Prioritaire "Prestation"** *Formation nécessaire pour l'accomplissement de la mission et pour améliorer la qualité de la prestation.*
- 3. Utile "Prestation"** *Formation utile à la fonction mais non indispensable (professionnalisation).*

**5. Contexte et motivation de la demande**La formation répond à des objectifs définis lors d'un entretien EEDP / EEDM :  Oui  Non

Indiquez le contexte et les raisons pour lesquelles vous désirez suivre cette formation :

\_\_\_\_\_

**6. Coûts de la formation**

CR: 0321 12 01 Vue additionnelle 0301010101	Nature	Demande du collaborateur, de la collaboratrice	A remplir par l'entité de formation	
			Accordés	A rembourser lors de la remise des justificatifs
Finance d'inscription	309 000	CHF : _____ Autre devise : _____		
Déplacements	317 000	Déplacement à l'étranger? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non CHF : _____ Autre devise : _____		
Repas Max. CHF 18.-/repas sauf petit-déjeuner	317 010	CHF : _____ Autre devise : _____		
Logement Max. CHF 40.-/nuit y compris petit-déjeuner	317 010	CHF : _____ Autre devise : _____		
<b>Coût total de la formation</b>		CHF : _____ Autre devise : _____		

**7. Signature du collaborateur, de la collaboratrice**Date :

Signature :

**8. Préavis de la hiérarchie**Demande validée  Oui  Non Date:

Motif (si non validée) :

Nom / Prénom :Signature:**9. Validation responsable de formation**Demande validée  Oui  Non Date:

Motif (si non validée) :

Nom / Prénom:Signature:Formation certifiante :  Oui  Non