



Fiche Convergence

À remplir et à retourner au service formation de votre établissement

INTITULÉ DE LA FORMATION

DATE(S)

LIEU (ÉTABLISSEMENT ORGANISATEUR)

IDENTIFICATION DE L'AGENT

M.

Mme

NOM

PRÉNOM

Année de naissance

Diplômes ou niveau de formation

STATUT

AENES

ITRF

BIBLIOTHÈQUE

ENSEIGNANT

CONTRACTUEL

Grade exact

Quotité de travail

Temps plein

Temps partiel (précisez)

Établissement

Service ou Composante

Tél.

Mail

OBJECTIFS POURSUIVIS

Qui est à l'origine de cette démarche de formation

Vous-même

Votre hiérarchie

Qu'attendez-vous de cette formation ?

Cocher le type d'action

S'adapter immédiatement à son poste de travail

Acquérir et développer des nouvelles compétences

Suivre l'évolution de son métier

Se préparer aux concours

Le Candidat

Je m'engage à suivre la totalité de la formation si ma candidature est retenue et à prévenir le service formation en cas d'absence

Date et signature :

Avis du supérieur hiérarchique

Nom :

Avis : ☐ Prioritaire
☐ Favorable
☐ Défavorable

Signature :

Avis du responsable formation de votre établissement

Nom :

Signature :

Cachet :