

**FORMULAIRE D'AUTORISATION DE FORMATION**

**RENSEIGNEMENT SUR LE CANDIDAT:**

Nom: \_\_\_\_\_ CNPV No:   - / / / / /   \_\_\_\_\_

Titre du Poste: \_\_\_\_\_ Échelon salarial: \_\_\_\_\_

Statut- Permanent, journalier ou salarié temporaire: \_\_\_\_\_

Service: \_\_\_\_\_ Ministère: \_\_\_\_\_

Date d'entrée dans la fonction publique: \_\_\_\_\_

**FORMATION OU ACTIVITÉ PRÉVUE:** \_\_\_\_\_

Quel est le contenu principal de cette formation? \_\_\_\_\_

Prestateur de formation/Établissement: \_\_\_\_\_ Bailleur (le cas échéant): \_\_\_\_\_

Dates de la formation/Activité: Du: \_\_\_\_\_ au: \_\_\_\_\_

Faut-il un accord d'engagement ? OUI/NON      Lieu: \_\_\_\_\_

(Un accord d'engagement est exigé pour toute bourse d'études de plus de 6 mois)

**ÉVALUATION DES BESOINS DE FORMATION**    (à remplir par le Service/Ministère):

**Je certifie que conformément aux critères cités au Titre 5, article 3.1, la formation ou l'activité de développement prévue:**

- ne peut servir de possibilité de "formation sur le tas" ;
- est une méthode rentable pour le Service et peut être utile pour le Service/Ministère aussi bien au niveau des ressources humaines que des finances ;
- s'appuie sur une analyse minutieuse de la formation et des besoins de perfectionnement de l'agent, de son rendement et du Plan de développement ou Accord de rendement;
- s'appuie sur les preuves de capacités de l'agent de réussir le niveau d'études et d'avantages à un niveau professionnel ;
- répondra aux meilleures compétences requises du Service, Ministère ou, au sens large de la fonction publique; et
- permettra l'utilisation optimale des compétences et le transfert du savoir dans le Service à la fin de la formation et de l'activité de perfectionnement.

**DEMANDE DE BOURSE (de plus de 15 jours) UNIQUEMENT:**

- y a-t-il une lettre de soutien du Ministère réglant les critères ci-dessus ?
- le Plan organisationnel ou le Plan du SRH sont-ils joints à la demande ?
- le PT et le PD ou l'Accord de rendement ou descriptif de poste est-il joint ?
- le rapport des études et les formations précédentes est-il joint ?

## FORMULAIRE CFP 5-2

### **INDICATION DES FRAIS** (à remplir par le Service/Ministère):

Niveau de bourse (le cas échéant) c.-à-d. parrainée en entier ou partie: \_\_\_\_\_

Détails de parrainage (le cas échéant) c.-à-d.: Quels sont les frais couverts? \_\_\_\_\_

Frais estimés de la durée des activités : Frais salariaux du demandeur: \_\_\_\_\_

Salaires entiers d'un remplacement: \_\_\_\_\_ Nom du remplaçant: \_\_\_\_\_

Frais de formation: \_\_\_\_\_

Hébergement, voyage et frais de subsistance du requérant (à défaut d'un parrainage):  
\_\_\_\_\_

Qui prendra en charge ces frais? Service \_\_\_\_\_ Autre \_\_\_\_\_

Veillez fournir les détails comme un Annexe à ce formulaire si l'espace fourni est insuffisant. Fournir une explication complète sur les arrangements financiers et joindre des renseignements écrits sur les indemnités de parrainage. NB : En cas où l'hébergement, le voyage et les indemnités de subsistance (sans tenir compte du montant) sont prévus dans le budget du promoteur, aucun indemnité supplémentaire n'est payable.

**ACCORD DU CANDIDAT:** Je soussigné avoir lu, pris connaissance et accepte les arrangements financiers et les conditions de ma demande proposée.

Nom du demandeur: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

**ACTIVITÉ DE FORMATION RECOMMANDÉE:** OUI/NON (Entourer la bonne réponse)

Nom du Superviseur/Directeur: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

**CONFIRMATION DE LA FORMATION RECOMMANDÉE:** OUI/NON (Veillez entourer la réponse appropriée)

Nom du Directeur/Directeur général: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

(Le présent formulaire ne requiert la confirmation de la recommandation du Directeur général que si un Directeur demande d'assurer la formation ou si la formation a lieu à l'étranger et qu'elle dure 15 jours ouvrables ou moins. Il faut le soumettre au moins six semaines avant le début de la formation).

**APPROBATION DE LA COMMISSION DE LA FONCTION PUBLIQUE :**

Nom du Président/Secrétaire, CFP : \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

(Le présent formulaire ne requiert l'approbation de la CFP que la formation a lieu à l'étranger et qu'elle dure plus de 6 mois ou si la demande émane du Directeur général. Il faut le soumettre au moins six semaines avant le début de la formation).