



À remplir et à retourner au service formation
de votre établissement

Fiche Convergence

Intitulé de la formation

Date(s)

Lieu (établissement organisateur)

IDENTIFICATION DE L'AGENT

M.	Mme	Nom	Prénom			
Date de naissance	_____	Diplômes ou niveau de formation	_____			
Statut	AENES	ITRF	BIBLIOTHÈQUE	ENSEIGNANT	CONTRACTUEL	VACATAIRE
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 :