

## Demande de formation

Ce formulaire dûment rempli doit impérativement parvenir au Service des Ressources Humaines (SRH).

### **Partie à remplir par la collaboratrice / le collaborateur**

NOM : ..... Prénom : ..... Service : .....

Fonction : ..... Date d'entrée : .....

Formation souhaitée : .....

S'agit-il d'une demande de formation « certifiante » :  oui  non

Si oui, veuillez spécifier le titre/diplôme obtenu : .....

Durée de la formation : .....

Date(s) des cours : .....

Veuillez indiquer les coûts de formation (exceptés coûts liés aux frais de transport, repas, etc.) :

Finance d'inscription : .....

Frais de formation : .....

Frais de matériel : .....

Autres frais (exemple...) : .....

Coûts totaux : .....

### Formation :

1) Nom et adresse de l'institution : .....

2) Bref descriptif : .....

3) Lien vers le descriptif : .....

Motivations poussant la collaboratrice / le collaborateur à demander cette formation :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Est-ce que la formation a été identifiée durant l'entretien de développement ? :  oui  non

Si non pourquoi ? .....

*Par ma signature j'atteste les éléments qui précèdent et avoir lu et approuvé la Directive concernant la formation continue du personnel administratif, technique et bibliothèque (PATB) de l'Université.*

Date : ..... Signature : .....

## Demande de formation

---

### Partie à remplir par la-le responsable

NOM : ..... Prénom : .....

Approuve la demande de formation :  oui  non

Préciser le besoin en formation dans la fonction actuelle ou future de la collaboratrice / du collaborateur :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

*Par ma signature j'atteste les éléments qui précèdent et avoir lu et approuvé la Directive concernant la formation continue du personnel administratif, technique et bibliothèque (PATB) de l'Université.*

Date : ..... Signature : .....

---

### Partie à remplir par le SRH

Approuve la demande de formation et les arguments :  oui  non

Demande des compléments :  oui  non

Si oui préciser .....  
.....

#### Mode de prise en charge :

Temps  oui  non

Si oui : quel pourcentage ou nombre de jour ? .....  
.....

Argent  oui  non

Si oui : quel montant ? .....  
.....

Convention de formation à établir :  oui  non  
\*obligatoire si formation « certifiante »

Date : ..... Signature : .....