



MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE
ET DES FINANCES

MINISTÈRE DE L'ACTION
ET DES COMPTES PUBLICS

SECRETARIAT GÉNÉRAL

INSTITUT DE LA GESTION PUBLIQUE
ET DU DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE

20, ALLEE GEORGES POMPIDOU
94306 VINCENNES CEDEX

BULLETIN D'INSCRIPTION INDIVIDUEL

- Catalogue interministériel -

à retourner par voie électronique à votre chargé(e) de clientèle dédié(e) au sein du Département des relations avec les clients -RECIT- (ou à défaut à info.igpde@finances.gouv.fr).

Ce bulletin est à remettre à votre responsable de la formation, lequel le transmettra au chargé(e) de clientèle RECIT en charge du suivi de votre structure. Afin de faciliter la lisibilité du document, nous vous recommandons de renseigner toutes les rubriques impérativement via le traitement de texte. A défaut, il sera retourné pour complément.

STAGE

Intitulé : Code catalogue :

Dates souhaitées (par ordre de préférence)

1 – du au 2 – du au 3 – du au

STAGIAIRE

M. Mme Nom d'usage :

Nom de famille :

Statut : titulaire

stagiaire

Catégorie : A+

A

Corps :
en toutes lettres

Prénom :

Date de naissance : jj/mm/aaaa

contractuel

B C

Ouvrier

PNA (position normale d'activité)

Fonction exercée :

Fonction publique : État Territoriale Établissement public Autre

MINISTERE ou STRUCTURE D'AFFECTATION

Dénomination :

Direction :

Service / bureau :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Téléphone :

Courriel :

(obligatoire pour vous transmettre la convocation)

CONTEXTE PROFESSIONNEL ET MOTIVATIONS

- Description détaillée de vos fonctions :

- Vos attentes par rapport à cette formation **au regard des fonctions occupées** (information nécessaire pour constituer les groupes) :

- Autres actions de formation déjà suivies sur le même thème :

Intitulé : Année : Organisme : Durée :
Intitulé : Année : Organisme : Durée :

- Vos besoins particuliers (aménagement de poste etc.) :

- Votre demande concerne le CPF : **oui** **non**

Si oui, quel est le montant de votre prise en charge financière :€

Le : ___/___/___ Signature de l'agent

Le : ___/___/___ Signature du supérieur hiérarchique

STRUCTURE EMPLOYEUR (à remplir par le conseiller formation)

Nom du conseiller formation :

Nom de la structure :

Adresse :

Code postal : Commune :

Téléphone :

Courriel :

(Si vous souhaitez être destinataire en copie de la confirmation d'inscription et de la convocation, précisez votre courriel)

Votre organisme a-t-il passé une convention avec l'IGPDE ?

non **oui** **Date : jj/mm/aaaa**

Le montant total du stage souhaité est de : €

(les stages non annulés 8 jours ouvrables avant leur début et les stages commencés sont dus)

Dans le cas d'une formation demandée dans le cadre du CPF

Part payée par l'employeur ou un autre organisme : (merci de remplir la page 3 avec toutes les coordonnées)

MONTANT en euros :

Part payée par l'Agent :

MONTANT en euros :

Merci de joindre impérativement un RIB au nom de l'agent

Le : ___/___/___ Signature du responsable formation :

STRUCTURE ASSURANT LE FINANCEMENT DE LA FORMATION (à remplir par le conseiller formation en lien avec le bureau budgétaire et financier)

employeur (Sous-direction/bureau) :

autre structure ou entité (service) :

organisme collecteur (service) :

Nom du responsable :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Téléphone :

Courriel :

N° SIRET (n° à 14 chiffres) : _ _ _ _ _

Références indispensables à la facturation si votre structure est sous application CHORUS

Code service exécutant : _ _ _ _ _
(10 chiffres)

Centre de coût : _ _ _ _ _
(10 chiffres)

Domaine d'activité : _ _ _ _
(4 chiffres)

Code tiers client : _ _ _ _ _
(10 chiffres)

ORGANISME DESTINATAIRE DE LA FACTURE, SERVICE FACTURIER OU ORGANISME COLLECTEUR (AFDAS, AGEFOS, ETC...)

Dénomination du service :

N° SIRET (n° à 14 chiffres) : _ _ _ _ _

Adresse (précise et complète) :

Code postal :

Commune :

Téléphone :

Courriel :