

## Demande d'inscription à une session de formation des personnels

Respectez les dates limites d'inscription indiquées sur le descriptif des actions

|                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |             |                              |                                                       |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|-------------|------------------------------|-------------------------------------------------------|--|
| Nom :                                                                                                                                                                                                        |  |  |  | Prénom :    |                              |                                                       |  |
| <b>Courriel agent (obligatoire) :</b>                                                                                                                                                                        |  |  |  |             |                              |                                                       |  |
| Tel professionnel :                                                                                                                                                                                          |  |  |  | Civilité :  | <input type="checkbox"/> Mme | <input type="checkbox"/> M.                           |  |
| Fonction(s) :                                                                                                                                                                                                |  |  |  | Catégorie : | <input type="checkbox"/> A   | <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C |  |
| <input type="checkbox"/> Agent d'AC, D(R)AAF, DDI, EPLEFPA avec matricule RenoiRH <sup>1</sup> <b>ou</b> <input type="checkbox"/> Agent d'une autre structure et/ou sans matricule RenoiRH MASA <sup>2</sup> |  |  |  |             |                              |                                                       |  |
| Matricule RenoiRH MASA :                                                                                                                                                                                     |  |  |  |             |                              |                                                       |  |
| Structure d'affectation :                                                                                                                                                                                    |  |  |  |             |                              |                                                       |  |
| Service ou centre :                                                                                                                                                                                          |  |  |  |             |                              |                                                       |  |
| Courriel institutionnel :                                                                                                                                                                                    |  |  |  |             |                              |                                                       |  |

|                             |                     |                                               |                               |  |  |
|-----------------------------|---------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------|--|--|
| <b>Code stage RenoiRH :</b> |                     |                                               | <b>Code session RenoiRH :</b> |  |  |
| Libellé :                   |                     |                                               |                               |  |  |
| Structure organisatrice :   |                     |                                               |                               |  |  |
| N° période                  | Dates (début – fin) | Lieu (indiquer « à distance » le cas échéant) |                               |  |  |
| 1                           |                     |                                               |                               |  |  |
| 2                           |                     |                                               |                               |  |  |
| 3                           |                     |                                               |                               |  |  |
| 4                           |                     |                                               |                               |  |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Typologie de la demande (obligatoire)</b><br><input type="checkbox"/> T1 – Adaptation immédiate au poste de travail<br><input type="checkbox"/> T2 – Adaptation à l'évolution prévisible des métiers<br><input type="checkbox"/> T3 – Développement ou acquisition de nouvelles compétences<br><input type="checkbox"/> PEC – Préparation aux examens et concours | <b>Cette demande est liée à (facultatif)</b><br><input type="checkbox"/> Un parcours de professionnalisation (PP)<br><input type="checkbox"/> La mobilisation du compte personnel de formation (CPF) |
| Quelles sont vos attentes et motivations précises par rapport à cette formation (obligatoire) ?<br><div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                      |

***Vous devez dater et signer cette fiche, la faire viser par votre supérieur hiérarchique, puis la transmettre à votre RLF***

|                                                                                         |  |      |  |           |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|------|--|-----------|--|
| Fait à                                                                                  |  | , le |  | Signature |  |
| Si cette demande est retenue, elle constitue un engagement ferme à suivre la formation. |  |      |  |           |  |

| Avis du supérieur hiérarchique,<br>chef de service ou d'établissement                                                                                                                                                                | Visa du RLF<br>(Responsable Local de Formation)                                                                                           | Visa de l'autorité susceptible d'assurer<br>l'indemnisation des frais de mission                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> favorable <input type="checkbox"/> défavorable<br>Motif (obligatoire en cas de refus) :<br><div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div> Nom :<br>Signature et cachet :<br>Date : | Nom :<br>Tél :<br>Courriel (obligatoire) :<br><div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div> Signature<br>Date : | <input type="checkbox"/> favorable <input type="checkbox"/> défavorable<br>Motif (obligatoire en cas de refus) :<br><div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div> Nom :<br>Signature et cachet :<br>Date : |

**1-Les agents d'administration centrale, services déconcentrés et EPLEFPA disposant d'un matricule RenoiRH MASA ont un droit d'accès au Self Mobile Formation. Ils ne doivent utiliser cette fiche que s'ils sont dans l'impossibilité technique de se télé-inscrire et lorsque la date de fin d'inscription est proche.** Dans le cas contraire, leur demande sera considérée non valide et rejetée. Ils doivent en parallèle adresser une « Demande d'accès au Self » indiquant nom, prénom et matricule RenoiRH, avec les copies d'écrans des messages d'erreur de connexion à : **assistance.dsa@agriculture.gouv.fr**  
**2-Les agents suivants n'ont actuellement pas de droit d'accès au Self Mobile Formation :** agents contractuels sur budget des EPLEFPA, agents des établissements d'enseignement privé et supérieur, des SGCD, des opérateurs et d'autres ministères. Certains ont cependant un matricule RenoiRH.