

DEMANDE DE CONGE DE FORMATION PROFESSIONNELLE
AU TITRE DE L'ANNEE SCOLAIRE 2017/2018
(Décret 2007-1470 du 15 octobre 2007- Décret 2007-1942 du 26 décembre 2007)

Congé rémunéré

Congé non rémunéré

Je soussigné(e) NOM USUEL et prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance:

Numéro de sécurité sociale (**obligatoire**) :

Numéros de téléphone : domicile : portable :

Adresse personnelle :

Établissement d'affectation :

Discipline enseignée :

Grade (1) : Agrégé – Certifié - PLP – PEGC – AE - P.EPS – CE.EPS – COP – CPE – Non titulaire.

Date d'accès dans le corps :

Classe (1) : Normale – Hors classe – Classe exceptionnelle

Échelon.....

Date de la dernière promotion :

Ancienneté générale de services au 31.08.2017 (si connue):

Date de la dernière admissibilité à l'agrégation pour les BIAD:

Demande à bénéficier d'un congé de formation professionnelle :

Nombre de mois et période sollicités (pour rappel, 8 mois maximum pour agrégation et master- 2 mois maximum pour préparation d'une certification de langue ou de CA-2SH ou de préparation du concours de personnel de direction) : MOIS

Sur demande expresse accompagnée d'un justificatif lié à la durée de la formation, le congé pourra le cas échéant porter sur une période de 2 à 10 mois.

Pour la formation nommée ci dessous : (Sauf raison majeure, aucune modification de projet ne sera acceptée après le dépôt de la présente demande).

Désignation de la formation :

Intitulé et coordonnées précises de l'organisme de formation

.....
.....

Nombre de demandes déjà formulées (*) :

Année scolaire de la demande	Formation demandée

(*) Exclure les demandes jugées irrecevables ou déposées hors délais. Concernant les demandes effectuées dans une autre académie, joindre les justificatifs.

J'ai déjà obtenu un congé de formation demois durant l'année scolaire/.....

Rémunéré

Non rémunéré

TRES IMPORTANT - (à lire attentivement par le demandeur) :

- Dans l'hypothèse où ma demande serait accordée, je m'engage à rester au service de l'État, à l'expiration de ce congé, pendant une période d'une durée égale au triple de celle pendant laquelle l'indemnité mensuelle forfaitaire m'aura été versée et à rembourser le montant de cette indemnité en cas de non respect de cet engagement.
- Je m'engage également, en cas d'interruption de ma formation sans motif valable, à rembourser l'indemnité perçue.
- Je déclare avoir pris connaissance des dispositions relatives :
 - aux obligations incombant aux fonctionnaires placés en congé de formation ;
 - à la durée maximale du versement de l'indemnité mensuelle forfaitaire (12 mois) ;
 - à l'obligation de paiement des retenues pour pension ;
 - à la présentation mensuelle d'une attestation d'assiduité aux cours.

AVIS DU CHEF D'ETABLISSEMENT OU DE SERVICE AU REGARD DES NECESSITES DE SERVICE :

.....

A..... le

Ale

Signature du chef d'établissement

Signature de l'intéressé(e) précédée de la mention manuscrite «Lu et approuvé»

Toute demande parvenue aux services rectoraux après le 3 février 2017 sera rejetée.