

**DEMANDE DE CONGE DE FORMATION PROFESSIONNELLE**

**au titre de l'année scolaire 2019-2020**  
**Enseignants en SEGPA - Collège - EREA**

(décret n°2007-1470 du 15 octobre 2007 - art. 24 à 29)

Pôle 1<sup>er</sup> degré

NOM d'usage \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

NOM patronymique \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

Situation de famille \_\_\_\_\_ Nombre d'enfants à charge \_\_\_\_\_

**Partie réservée à l'Administration**

Grade : \_\_\_\_\_ Dernière note : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Echelon : \_\_\_\_\_ Ancienneté générale des services au 01/09/2019 : \_\_\_\_ ans \_\_\_\_ mois \_\_\_\_ jours

**Diplômes obtenus avant titularisation**

libellé : \_\_\_\_\_ date d'obtention : \_\_\_\_\_

libellé : \_\_\_\_\_ date d'obtention : \_\_\_\_\_

**Diplômes obtenus après la titularisation**

libellé : \_\_\_\_\_ date d'obtention : \_\_\_\_\_

libellé : \_\_\_\_\_ date d'obtention : \_\_\_\_\_

Poste actuellement occupé \_\_\_\_\_

Adresse personnelle \_\_\_\_\_

**CANDIDATURES ANTERIEURES A LA PRESENTE DEMANDE**

Congé(s) de formation demandé(s)      année(s) scolaire(s)      \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Congé(s) de formation obtenu(s)      année(s) scolaire(s)      \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Formation suivie : \_\_\_\_\_

## **FORMATION ENVISAGEE**

Désignation précise de la formation envisagée \_\_\_\_\_

Organisme de formation : \_\_\_\_\_

(joindre obligatoirement la pièce certifiant que la formation est agréée par l'Etat au regard de l'arrêté du 23/07/1981 modifié lorsque cette formation n'est pas dispensée par un établissement public de formation ou d'enseignement)

Quel diplôme ou concours préparez-vous ? \_\_\_\_\_

A quelle année d'études vous inscrivez-vous ? \_\_\_\_\_

Durée de la formation en mois : \_\_\_\_\_

Dates souhaitées pour ce congé de formation : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

### **ENGAGEMENT - (A LIRE ATTENTIVEMENT PAR LE DEMANDEUR)**

↳ Dans l'hypothèse où ma demande serait agréée, **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**, en cas d'interruption de ma formation sans motif valable, à rembourser les indemnités perçues depuis le jour où cette formation a été interrompue.

↳ **Je déclare** avoir pris connaissance des dispositions du décret n° 2007-1470 du 15 octobre 2007 en ce qui concerne :

- les obligations incombant aux fonctionnaires placés en congé de formation ;
- la durée maximale du versement de l'indemnité mensuelle forfaitaire (12 mois) ;
- l'obligation de paiement des retenues pour pension.

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature précédée de la mention manuscrite  
« lu et approuvé »

|   |                                 |
|---|---------------------------------|
| <b><u>Cadre réservé au Chef d'Établissement pour avis circonstancié :</u></b> | <b><u>Date et signature</u></b> |
| <b><u>Cadre réservé à l'I.E.N. A.S.H. pour avis circonstancié :</u></b>       | <b><u>Date et signature</u></b> |

**Formulaire à retourner dûment complété à l'I.E.N. pour le 29 mars 2019  
accompagné d'une lettre de motivation**