

## DEMANDE DE CONGE DE FORMATION PROFESSIONNELLE

### Année scolaire 2023-2024

<b>RENSEIGNEMENTS D'ORDRE GENERAL</b>	
Nom d'usage : .....	Nom patronymique : .....
Prénom : .....	Date de naissance : .....
Corps / Grade : .....	Discipline : .....
Adresse personnelle : .....	
Téléphone : .....	<input type="checkbox"/> A titre définitif <input type="checkbox"/> A titre provisoire
EPLÉ d'affectation(1) : .....	
(1) Indiquer l'établissement d'exercice et, le cas échéant, l'établissement où s'effectue le complément de service	

Intitulé de la formation : .....	
<i>(Joindre une lettre de motivation détaillant les objectifs qualitatifs poursuivis, les enjeux pour votre carrière et pour le service public)</i>	
Date de début : .....	Durée réelle (Nombre de mois, d'heures) : .....
Organisme responsable : .....	
Avez-vous sollicité une mutation inter-académique pour la rentrée scolaire 2023/2024 <sup>(2)</sup> ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Est-ce votre première demande de congé de formation professionnelle <sup>(2)</sup> ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Si non, combien de demandes avez-vous déjà formulées dans l'académie (sur les 5 dernières).....	
Avez-vous précédemment obtenu un congé de formation professionnelle <sup>(2)</sup> ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Si oui, en quelle(s) année(s) ? : .....    Pour quelle(s) formation(s) : .....	

② Cocher la case.

**OBLIGATIONS :** Dans l'hypothèse où ma demande serait agréée, je m'engage à rester au service de l'Etat , 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 ou à rembourser l'intégralité de cette indemnité en cas de rupture de cet engagement.

Je m'engage également, en cas d'interruption de ma formation sans motif valable, à rembourser les indemnités perçues depuis le jour où cette formation est interrompue.

Je déclare avoir pris connaissance des dispositions de la note de service n°89-103 du 28 avril 1989 en ce qui concerne les obligations incombant aux fonctionnaires placés en congé de formation et la durée maximale du versement de l'indemnité mensuelle forfaitaire.

Fait à ....., le .....	<b>Signature de l'intéressé(e) précédée de la mention « Lu et approuvé »</b>
<p style="text-align: center;"><b>Avis et visa du Chef d'établissement ou de service</b></p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Favorable      <input type="checkbox"/> Défavorable</p> <p><b>Motif (si avis défavorable)</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p style="text-align: center;"><b>Avis et visa de l'Inspecteur</b></p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Favorable      <input type="checkbox"/> Défavorable</p> <p><b>Motif (si avis défavorable)</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p>
Fait à ....., le ..... Cachet et Signature	Fait à ....., le ..... Nom et Signature