

 **DEMANDE DE CONGÉ**

 **DE FORMATION PROFESSIONNELLE**

pour formation à caractère personnel

 *ANNÉE SCOLAIRE 2019/2020*

 DPM/ bureau de la formation continue

NOM – Prénom : ……………………………………………………………………….

Né(e) le : …………………………

GRADE : ………………………………………………………………………………..

Échelon : ………………………...

ÉTABLISSEMENT : ……………………………………………………………………………………………

demande à bénéficier d’un congé de formation professionnelle

au titre du décret n°2007-1470 du 15 octobre 2007 - chapitre VII – articles 24 à 30

modifié par Décret n° 2017- 928 du 6 mai 2017

* Désignation de la formation :

……………………………………………………………………………………………..

* Date exacte de début :

…………………………………………………………………………………………….

* Durée :

 ……………………………………………………………………………………………..

* Organisme de formation :

……………………………………………………………………………………………..

* Coordonnées précises de l'organisme de formation :

….............................................................................................................................

….............................................................................................................................

................................................................................................................................

J’ai déjà présenté une demande de congé de formation qui n’a pas été retenue en :

* ……………………………………………
* .………………………….……………….
* ……………………………………………

J’ai obtenu un congé de formation de ……..…. mois durant l’année scolaire ……….../……...…

J’ai bénéficié d’un congé de mobilité durant l’année scolaire ……..…./……...…

 A ...................................., le...................................

 Signature



 **DEMANDE DE CONGÉ**

 **DE FORMATION PROFESSIONNELLE**

pour formation à caractère personnel

 *ANNÉE SCOLAIRE 2019/2020*

DPM/ bureau de la formation continue

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 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 – chapitre VII – articles 24 à 30 modifié par Décret n° 2017- 928 du 6 mai 2017, 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,
* la présentation mensuelle d'une attestation d'assiduité aux cours,
* la non prise en charge par l'Administration du coût de la formation envisagée.

Adresse en congé : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 A……………………………., le………...……..……….

 Signature précédée de la mention manuscrite

 "Lu et approuvé"

 **Avis circonstancié de l’inspecteur de l’Éducation nationale :**

 **□** FAVORABLE **□** NON FAVORABLE

 A…………......…...………., le………………..………

 Signature



 **DEMANDE DE CONGÉ**

 **DE FORMATION PROFESSIONNELLE**

pour formation à caractère personnel

 *ANNÉE SCOLAIRE 2019/2020*

 *DPM / bureau de la formation continue*

LETTRE DE MOTIVATION DU CANDIDAT

NOM – Prénom : ………………………………………………

 A............................., le …............................

 Signature