

## DEMANDE DE CONGE DE FORMATION PROFESSIONNELLE 2024-2025

DECRET N° 2007-1470 DU 15 OCTOBRE 2007

Attention : seuls les dossiers complétés dans leur intégralité avec les pièces justificatives (document de présentation de la formation à fournir) et reçus dans les délais seront traités.

- à transmettre à l'IEN de circonscription **pour le vendredi 16 février 2024** pour avis ;
- à retourner par l'IEN de circonscription **pour le mercredi 20 février 2024** au bureau de la formation et du remplacement ;

Les candidats recevront la notification d'accord ou de refus avant la saisie des vœux au mouvement.

### CANDIDAT

Nom d'usage :		Prénom :	
Mèl professionnel :		@ac-nantes.fr	Date de naissance : / /
Mat. <input type="checkbox"/> Elém. <input type="checkbox"/> Prim. <input type="checkbox"/> Autre. <input type="checkbox"/>	Nom école / étab :		Ville :
Poste occupé (Directeur, Adjoint, TR...) :		Circonscription :	
Ancienneté générale de service au <b>31.08.2023</b> :		ans	mois
Années en éducation prioritaire au <b>31.08.2023</b> :		ans	
<b>Joindre extraction « I-Prof » des états de services dont éducation prioritaire.</b>			
Bénéficiaire RQTH: <input type="checkbox"/> Oui. <input type="checkbox"/> Non			

### FORMATION

Intitulé : <i>Joindre le descriptif et les modalités d'organisation de la formation.</i>			
Organisme de formation :			Ville :
Date <b>précise</b> de début : / /	Date <b>précise</b> de fin : / /	Durée : mois	
Avez-vous déjà effectué une/des demande(s) de congé de formation professionnelle ?			OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Si oui, combien :		Année :	
Intitulé de la formation :			
Avez-vous déjà bénéficié d'un congé de formation professionnelle ?			OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Date <b>précise</b> de début : / /	Date <b>précise</b> de fin : / /	Durée : mois	
Intitulé de la formation :			

### ENGAGEMENT

***Dans l'hypothèse où ma demande serait retenue, 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 m'aura été versée et à rembourser le montant de cette indemnité en cas de non-respect de cet engagement.***

***Je m'engage également à fournir un certificat d'inscription à la formation et à fournir mensuellement une attestation de présence ou assiduité établie par l'organisme de formation sur toute la période du congé de formation professionnelle.***

***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 du décret susvisé 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.***

Votre adresse pendant le congé de formation professionnelle : \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature obligatoire du candidat précédée de la mention manuscrite "LU ET APPROUVÉ"

