**Direction des Services Départementaux**

De l’Education Nationale du Var

# DEMANDE DE CONGÉ DE FORMATION PROFESSIONNELLE

**AU TITRE DE L’ANNÉE SCOLAIRE 2024-2025**

**Je soussigné(e) NOM et Prénom** :

**Date de naissance :**

**Date d’entrée dans l’Education Nationale en qualité d’Instituteur ou de P.E. :**

**Grade actuel : Instituteur (trice)** **[ ]  Professeur des Écoles** **[ ]**

**Situation professionnelle actuelle : Temps complet** **[ ]**

 **Temps partiel** **[ ]  (préciser la quotité)**

**ÉTABLISSEMENT (d’exercice ou de rattachement administratif) :**

**CIRCONSCRIPTION DE RATTACHEMENT :**

**ADRESSE PERSONNELLE :**

**🕿 PERSONNEL :**

 **@ MAIL PROFFESSIONNEL obligatoire (prenom.****nom@ac-nice.f****r) :**

 **CURSUS UNIVERSITAIRE**

|  |  |
| --- | --- |
| **DIPLÔMES OBTENUS** | **ANNÉE D’OBTENTION** |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |

Cursus professionnel (si vous avez exercé une autre activité que celle d’enseignant) :

Avez-vous déjà obtenu un congé de formation professionnelle ? OUI [ ]  NON [ ]

Si oui, pour quelle formation ?       **Joindre la notification de décision**

En quelle année scolaire ?       Pour quelle durée ?

Dans quel département ?

Le cas échéant : Avez-vous déjà sollicité un congé de formation professionnelle ?

OUI [ ]  NON [ ]

**Si oui, compléter le tableau ci-dessous de vos demandes antérieures** :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Intitulé de la formation demandée | Année scolaire de la demande  | Département |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |

**PROJET DE FORMATION**

**Intitulé de la formation sollicitée (joindre une lettre de motivation)** :

**Diplôme préparé :**

**Organisme qui dispense la formation :**

**Niveau de la formation demandée :**

**Si formation universitaire, indiquez** :

1ère année [ ]  2° année [ ]  3° année [ ]  4° année [ ]  Autre [ ]  :

**Date de début de cette formation :**

**Date de fin de cette formation :**

**Durée totale en heures de la formation :**

Suivez-vous actuellement une autre formation ? OUI [ ]  NON [ ]

Si oui, laquelle ? *(Joindre le cas échéant un certificat d’inscription, précisant s’il y a lieu, que la formation est agréée par l’Etat au regard de l’arrêté du 23 juillet 1981 modifié)*

**DEMANDE DE CONGÉ POUR L’ANNÉE SCOLAIRE 2024-2025 ET ENGAGEMENT :**

Demande le bénéfice d’un congé au titre du Décret n° 2007 – 1470 du 15 octobre 2007 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des fonctionnaires de l’Etat et **déclare avoir pris connaissance que les frais de stage ou d’inscription sont à ma charge.**

*Dans l’hypothèse où ma demande serait acceptée, 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 ou forfaitaire m’aura été versée*.

- le cas échéant, à rembourser les indemnités perçues depuis le jour où cette formation serait interrompue sans motif valable.

*Important :*

Dès réception de la notification d’octroi du congé, le bénéficiaire s’engage à fournir les documents suivants au service de gestion :

* **au début du congé, un certificat de scolarité ou un justificatif d’inscription à la formation**
* **à la fin de chaque mois une attestation de présence**

**Je déclare avoir pris connaissance de la circulaire départementale m’informant :**

- **des obligations incombant aux fonctionnaires placés en congé de formation**

**- de la durée maximale du versement de l’indemnité mensuelle forfaitaire (10 mois)**

**- de l’obligation de paiement des retenues pour pension**

A :       , le

**Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »**

**RÉCAPITULATIF DES PIÈCES À FOURNIR :**

[ ]  Notification de décision si obtention d’un précédent congé

[ ]  Lettre de motivation

[ ]  **Programme pédagogique de la formation sollicitée (contenu, nombre d’heures) fourni**

**par l’organisme de formation**

**PARTIE RÉSERVÉE À VOTRE IEN DE CIRCONSCRIPTION ET À L’ADMINISTRATION**

CIRCONSCRIPTION DE :

AVIS motivé de l’IEN de Circonscription :

     …………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………

[ ]  Avis favorable [ ]  Avis défavorable

A       , le

Signature :