|  |
| --- |
| **DEMANDE DE CONGE FORMATION** |

Demande à retourner par voie hiérarchique avant le 10 février 2022

Je soussigné(e) (nom, prénom) :……………………………………………………………………

Grade : ………………

Affectation : ……………………………………………………………………………………………………………………...

Date de titularisation : ……/………/………

Adresse personnelle : ……………………………………………………………………………………………………………

Téléphone : ……………………………….. Mail :……………………………………………………………………………

demande le bénéfice d’un congé de formation professionnelle au cours de l’année scolaire 2020/2021 pour suivre la formation suivante (1) : ……………………………………………………………………................................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Date de début du congé : | | | | | | | | |  | | | | | | Durée : | (exprimée en mois) | | | |
| Organisme responsable : | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | |
| J’accepterais éventuellement un congé de formation professionnelle d’une durée inférieure\* | | | | | | | | | | | | | | | | | OUI | NON | | |
| 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 ou 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 est interrompue.  Je déclare avoir pris connaissance des dispositions concernant :  - 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.  Je certifie sur l’honneur : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \* | | Avoir bénéficié | | | |  | | Ne pas avoir bénéficié | | | | de décharge de services ou d’allègement d’horaire pour préparation aux concours et examens pendant l’année | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \* | Avoir bénéficié | | | |  | | Ne pas avoir bénéficié | | | | d’un congé de formation professionnelle | | | | | | | |
|  | Date : | |  | | | | | | | | Durée : | | |  | | | | |
|  |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| \* | Avoir déposé | | | \_\_\_\_ demande(s) de congés de formation professionnelle et qui n’a (n’ont) pas été satisfaite(s). | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | Date de la (ou des) demande(s) : | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |
| \* | Ne jamais avoir déposé | | | | | | | | | de demande de congé de formation professionnelle. | | | | | | | | |

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

Signature,

**Avis de l’Inspecteur de l’Education Nationale** :

date :

Signature,