

DEMANDE DE CONGE DE FORMATION PROFESSIONNELLE
A retourner avant le 13 janvier 2023 par la voie hiérarchique
à l'adresse ci-dessus indiquée

Nom et Prénom :

Date de naissance :

Corps / grade :

Fonction :

Ecole ou établissement :

Adresse personnelle :

Tel (école) :

Tel (domicile) :

Demande le bénéfice d'un congé de formation professionnelle à temps complet, au titre du décret n° 2007-1470 du 15 octobre 2007 pour suivre la formation suivante :

Formation qualifiante en lien avec la fonction éducative : oui non

Diplôme préparé :

Préparation concours éducation nationale : oui non

Admissibilité concours : oui non

Préciser le nombre d'admissibilités et les années :

Autres projets :

Intitulé exact de la formation :

Niveau de la formation (exemple L1) :

Date de début et de fin de la formation :

Durée exacte en mois:

Organisme délivrant la formation (intitulé et adresse) :

Diplômes post-baccalauréat déjà obtenus (*joindre impérativement une copie*) :

Niveau d'études, équivalence ou validation d'acquis :

Avez-vous déjà déposé, dans l'Hérault, une demande de congé de formation ? oui non

Nombre de demandes : Année (s) scolaire (s) :

Avez-vous déjà bénéficié, dans votre carrière, d'un congé de formation professionnelle au titre d'une autre académie ? **oui** **non**

Si oui,

Année (s) scolaire (s) :

Durée :

Bénéficiez-vous d'un poste adapté **oui** **non**

Avez-vous bénéficié d'un poste adapté **oui** **non**

Précisez les années :

Etes-vous bénéficiaire de l'Obligation d'Emploi au sens de l'article L.5212-13 du Code de l'Education **oui** **non**

Si oui, fournir un justificatif (ex :RQTH)

ENGAGEMENT :

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 les indemnités mensuelles forfaitaires m'auront été versées et à rembourser le montant des dites indemnités en cas de rupture de cet engagement (ne concerne pas les demandes de reconversion).

Je m'engage également à remettre à la DSDEN de l'Hérault (Division des personnels enseignants 1^{er} degré) une attestation prouvant ma présence effective en formation à la fin de chaque mois. En cas d'interruption de ma formation sans motif valable, je m'engage à rembourser les indemnités perçues depuis le jour où cette formation a été interrompue.

Je déclare avoir pris connaissance des dispositions contenues dans le décret 2007-140 du 15 octobre 2007 et dans la note de service n° 89-103 du 28 avril 1989 (B.O du 18 mai 1989) en ce qui concerne notamment :

- 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 cotisations de sécurité sociale et retenues pour pensions.

Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis :

A.....le.....

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »)

Avis circonstancié de l'Inspecteur de l'éducation nationale de la circonscription :

A le

(Signature et cachet de l'I.E.N de circonscription)

