|  |  |
| --- | --- |
|  | **Demande de congé de formation****Année scolaire 2024 - 2025** |

**Formulaire à transmettre obligatoirement, sous couvert de votre inspecteur de circonscription, à la DSDEN de la Marne – division des personnels enseignants pour le lundi 13 mai 2024, délai de rigueur.**

Je soussigné(e) :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom : |  | | | Prénom : |  |
| Date de naissance | | | / / / |
| Etablissement ou école d’affectation au cours de l’année scolaire 2023 - 2024 : | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Circonscription : | |  | | | | |

demande le bénéfice d’un congé de formation au titre du décret n° 2007-1470 du 15 octobre 2007 pour suivre la formation suivante durant l’année scolaire 2024 - 2025 :

Désignation de l’action de formation :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |
| Date de début : | / / / | Date de fin : | / / / |

|  |  |
| --- | --- |
| à temps complet ❒ | fractionné ❒ dans ce cas préciser l’organisation demandée : |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Organisme de formation : |  |

Avez-vous déjà sollicité un ou plusieurs congés de formation au cours de votre carrière ?

Oui 🞏 Non 🞏

(sauf justification particulière, l’ancienneté de la demande n’est pas maintenue en cas de changement de projet)

Si oui, nombre de demande(s) :

et année(s) scolaire(s)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom : |  | Prénom : |  |

Avez-vous bénéficié d’un ou plusieurs congés de formation au cours de votre carrière ? Oui 🞏 Non 🞏

Dans l’affirmative, précisez

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Congé 1 | Congé 2 | Congé 3 | Congé 4 |
| Dates | du  au | du  au | du  au | du  au |
| Années |  |  |  |  |
| Objets |  |  |  |  |

**Joindre obligatoirement une lettre de motivation afin d’exposer les objectifs recherchés (approfondissement des connaissances, acquisition de nouvelles compétences, mobilité, concours ...)**

**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 forfaitaire m’aura été versée et à rembourser le montant de cette indemnité en cas de non-respect de cet engagement.
* à remettre à la fin de chaque mois une attestation de présence effective en formation.
* en cas d’interruption de la formation sans motif valable, à rembourser les indemnités perçues depuis le jour d’interruption, à rembourser les indemnités perçues en cas d’absence sans motif valable

Je certifie l’exactitude des renseignements ci-dessus et déclare avoir pris connaissance des dispositions réglementaires en vigueur en ce qui concerne :

* les droits et obligations des agents placés en congé de formation.
* la durée maximale du reversement de l’indemnité mensuelle forfaitaire (12 mois).
* les conditions de rémunération et l’obligation de prélèvement de cotisations pour la retraite.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A le | A le | |
| Signature de l’intéressé(e) précédée de la mention manuscrite « LU ET APPROUVE » | Avis et signature de l’inspecteur de circonscription | |
|  | Favorable ❒ | Défavorable ❒ |
| Motivation si défavorable : | |