



**ACADÉMIE
DE NANCY-METZ**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Direction des services départementaux
de l'éducation nationale
des Vosges

Pôle 1er degré

DEMANDE DE CONGÉ DE FORMATION PROFESSIONNELLE

au titre de l'année scolaire 2024-2025

Enseignants en SEGPA - Collège - EREA

(décret n°2007-1470 du 15 octobre 2007 - art. 24 à 29)

NOM d'usage _____ Prénom _____
 NOM patronymique _____ Date de naissance _____
 Situation de famille _____ Nombre d'enfants à charge _____

Partie réservée à l'Administration

Grade : _____ **Dernière note ou PPCR:** _____ **Date :** _____
Échelon : _____ **Ancienneté générale des services au 01/09/2024 :** ____ ans ____ mois ____ jours

Diplômes obtenus avant titularisation

libellé : _____ date d'obtention : _____
 libellé : _____ date d'obtention : _____

Diplômes obtenus après la titularisation

libellé : _____ date d'obtention : _____
 libellé : _____ date d'obtention : _____

Poste actuellement occupé _____

Adresse personnelle _____

CANDIDATURES ANTÉRIEURES À LA PRÉSENTE DEMANDE

Congé(s) de formation demandé(s) année(s) scolaire(s) _____ / _____ _____ / _____

Congé(s) de formation obtenu(s) année(s) scolaire(s) _____ / _____ _____ / _____

Formation suivie : _____

FORMATION ENVISAGÉE

Désignation précise de la formation envisagée _____

Organisme de formation : _____

(joindre obligatoirement la pièce certifiant que la formation est agréée par l'Etat au regard de l'arrêté du 23/07/1981 modifié lorsque cette formation n'est pas dispensée par un établissement public de formation ou d'enseignement)

Quel diplôme ou concours préparez-vous ? _____

À quelle année d'études vous inscrivez-vous ? _____

Durée de la formation en mois : _____

Dates souhaitées pour ce congé de formation : du _____ au _____

ENGAGEMENT - (À LIRE ATTENTIVEMENT PAR LE DEMANDEUR)

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

↳ **Je m'engage**, en cas d'interruption de ma formation sans motif valable, à rembourser les indemnités perçues depuis le jour où cette formation a été interrompue.

↳ **Je déclare** avoir pris connaissance des dispositions du décret n° 2007-1470 du 15 octobre 2007 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.

À _____, le _____

Signature précédée de la mention manuscrite
« lu et approuvé »

<u>Cadre réservé au Chef d'Établissement pour avis circonstancié :</u>	<u>Date et signature</u>
<u>Cadre réservé à l'I.E.N. A.S.H. pour avis circonstancié :</u>	<u>Date et signature</u>

Formulaire à retourner par vos soins au chef d'établissement puis à l'I.E.N - A.S.H pour le 14 mars 2024, accompagné d'une lettre de motivation.