

## DEMANDE DE CONGÉ DE FORMATION PROFESSIONNELLE ANNÉE 2019-2020

- des personnels administratifs, techniques, sociaux, de santé
- des personnels ingénieurs et techniciens de recherche et de formation
- des AESH

Je soussigné(e) Mme, Mlle, M. (nom - prénom) .....

Titulaire       Non titulaire

Date de naissance : ..... Numéro de sécurité sociale : .....

Adresse personnelle : .....  
.....

Tél. : .....

Grade : .....

Établissement (ou service) : .....  
.....

Nature des fonctions exercées : :.....

Diplômes obtenus et dates d'obtention<sup>(1)</sup> : .....  
.....

**Ancienneté de services** (service national et disponibilité exclus) en qualité de :

Titulaire à temps complet :  années     mois

Titulaire à temps partiel :  années     mois

Non titulaire et stagiaire :  années     mois

Avez-vous déjà bénéficié au cours de votre carrière d'un congé de formation professionnelle ?

OUI  NON

Si oui, date et durée :.....

**Demande à bénéficier d'un congé au titre du décret susvisé pour suivre la formation suivante<sup>(2)</sup> :**

- Intitulé : .....

- **Durée** :     6 mois       9 mois       10 mois       autres (à développer)

- **Indiquer impérativement** :

- Dates de début et de fin de la formation<sup>(3)</sup> : .....
- Nombre de jours concernés : .....
- Nombre d'heures concernées : .....

- Organisme responsable : .....

- Lieu de formation : .....

- Modalités demandées<sup>(4)</sup> - Quotité :  mi-temps  temps complet

- Bénéfice d'un logement de fonction pour nécessité absolue de service (NAS) :  OUI  NON

**Joindre obligatoirement une lettre de motivation pour cette demande de CFP.**

Avis du chef d'établissement ou du chef de service :

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

**(1) joindre les justificatifs.**

**(2) joindre à la demande un certificat précisant, s'il y a lieu, que la formation est agréée par l'Etat au regard de l'arrêté du 23/07/1981 modifié.**

**(3) joindre une attestation de formation**

**(4) cocher les cases correspondantes**

**ENGAGEMENT**

Je m'engage, dans l'hypothèse où ma demande serait acceptée, 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 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 m'engage à fournir à mon chef d'établissement ou de service, à la fin de chaque mois, une attestation prouvant ma présence effective en formation.

Je déclare avoir pris connaissance des dispositions suivantes concernant 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 retenues pour pension.

\*\*\*

Adresse lors du congé de formation professionnelle : .....  
.....  
.....

**RAPPEL**

- Solliciter votre réintégration (ou votre maintien en congé de formation pour une nouvelle période), **DEUX MOIS** avant l'expiration du congé en cours.

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

Signature précédée de la mention manuscrite "Lu et approuvé"