

ACADEMIE DE LILLE
RECTORAT
DIVISION DE L'ENCADREMENT
ET DES PERSONNELS ADMINISTRATIFS
Secrétariat

**DEMANDE DE CONGE DE FORMATION PROFESSIONNELLE
AU TITRE DE L'ANNEE SCOLAIRE 2016-2017**

Je soussigné(e)

NOM d'usage : Nom de famille. :

Prénom : Date de naissance :

Adresse personnelle (1) :

.....

Numéro de téléphone : portable :

Adresse mail :

Grade :

Etablissement d'affectation :

.....

Situation administrative : activité disponibilité congé parental autre (précisez)

.....

Date de 1ère **titularisation** dans la Fonction Publique :

1°) demande le bénéfice d'un congé de formation professionnelle

- date de début (jj/mm/aa) :

- date de fin (jj/mm/aa) :

- s'agit-il d'un congé fractionné ? OUI NON Si OUI, préciser la quotité : % (2)

2) certifie ne pas avoir bénéficié dans les 12 derniers mois de facilité de service pour la préparation d'un concours ou d'un examen (ex : formation DFP).

3) certifie avoir déjà obtenu un congé de formation professionnelle au cours de ma carrière dans la fonction publique

oui non

Si oui, durée obtenue :

(Joindre une copie de l'arrêté de C.F.P.)

4) certifie avoir demandé un congé de non activité pour raisons d'études ou une disponibilité

oui non

(1) Signaler tout changement d'adresse intervenant au cours du congé de formation.

(2) il est conseillé de se renseigner sur le temps de travail personnel en sus des heures d'enseignement pour déterminer la quotité de temps à demander au titre du congé de formation professionnelle.

ENGAGEMENT

- Dans l'hypothèse où ma demande serait acceptée, **je m'engage à exercer**, à l'expiration de ce congé, pendant une période d'une **durée** égale au **triple** de celle pendant laquelle l'indemnité forfaitaire m'aura été versée et à **rembourser** le montant de cette indemnité en cas de non respect de cet engagement.
- Je m'engage à fournir à la fin de **chaque** mois et au moment de la reprise de mes fonctions une **attestation** prouvant ma **présence** en formation.
- Je m'engage à fournir un **certificat de présence** aux épreuves du **concours**.
- Je m'engage également, en cas d'interruption de ma formation sans motif valable, à **rembourser** les indemnités perçues depuis le jour de l'interruption.
- Je déclare avoir pris connaissance des dispositions réglementaires en vigueur en ce qui concerne notamment :
 - **les droits et 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** (y compris si le congé de formation n'est pas rémunéré)

A, le.....

Signature de l'intéressé(e)
Précédée de la mention manuscrite
« Lu et approuvé »

