

<b>PERSONNELS NON TITULAIRES</b>
--

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

<b>DEMANDE DE CONGE DE FORMATION PROFESSIONNELLE AU TITRE DE L'ANNEE SCOLAIRE 2016-2017</b>
---

**Je, soussigné(e)**

NOM d'usage : ..... Nom de famille. : .....

Prénom : ..... Date de naissance : .....

Adresse personnelle (1) : .....

.....

Numéro de téléphone : ..... portable : .....

Adresse mail : .....

CATEGORIE / GRADE : .....

Etablissement d'affectation : .....

.....

Date de 1<sup>ère</sup> nomination en tant que personnel non titulaire dans l'Education Nationale : .....

Ancienneté générale des services 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 d'un congé fractionné ?  OUI  NON

Si OUI, préciser la quotité : ..... % (\*)

**2°) certifie ne pas avoir bénéficié dans les 12 derniers mois de facilités de service pour la préparation d'un concours ou d'un examen (ex : formation DFP)****3°) certifie avoir déjà fait une (des) demande(s) de congé de formation professionnelle au cours de ma carrière dans la fonction publique**

oui  non

Si oui, combien ? .....

(\*) 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.

**4°) 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 CFP)

**5°) certifie le nombre d'admissibilité au(x) concours préparé(s) dans le cadre du CFP, à savoir : .....**  
(Joindre une copie, le cas échéant)

---

### 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 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** des agents placés en congé de formation ;
  - les **conditions de rémunération** et l'obligation de prélèvement de cotisations pour la retraite, y compris si le congé de formation professionnelle n'est pas rémunéré.

A ....., le .....

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

