

**DEMANDE DE CONGE DE FORMATION PROFESSIONNELLE**  
**au titre de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983, Art. 21**  
**au titre du décret n°2007-1470 du 15 octobre 2007**

**Année scolaire 2015-2016**

*Je, soussigné(e) (nom et prénom) :*

*Date de naissance :*

*Corps : Instituteur  professeur des Écoles*

*Modalités d'exercice en 2014/2015 :  Temps plein  Temps partiel  CLD, CLM  Autre : .....*

*Adresse de l'École :*

*Circonscription :*

*Adresse personnelle lors du congé de Formation :*

*Tél : fixe :  
portable :  
mél :*

***demande le bénéfice d'un congé de formation professionnelle pour suivre la formation suivante (1) :***

*Désignation de la formation :*

*si préparation d'une licence préciser 1ere année  2ème année  3ème année*

*Date de début :*

*Date de fin :*

*Durée (an, mois) :*

*Organisme de formation responsable de la formation :*

*Adresse de cet organisme :*

*Avez-vous déjà présenté une demande de congé de formation au cours des années précédentes ?*

Non  Oui : *si oui en quelle(s) année(s) : .....*

*et pour quelle(s) fonction(s) : .....*

*Demandez- vous parallèlement pour 2015/2016 :  
(réponse obligatoire)*

	<i>Non</i>	<i>Oui</i>
<input type="checkbox"/> <i>un changement de département ( par voie de mutation ou de permutation )</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <i>un stage CAPA-SH.....</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <i>une mise en disponibilité.....</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <i>un détachement .....</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <i>autre : ( ex : congé parental, temps partiel... ).....</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 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 déclare avoir pris connaissance des dispositions législatives et réglementaires citées ci-dessus, relatives notamment :

- aux obligations incombant aux fonctionnaires placés en congé de formation ;
- à la durée maximale du versement de l'indemnité mensuelle forfaitaire (10 mois) ;
- à l'obligation de paiement des retenues pour pension.

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

Signature précédée  
de la mention manuscrite  
« Lu et approuvé »

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

Signature de l'Inspecteur de l'Éducation Nationale

**(1) Joindre à la demande :**

- Pour les inscriptions en université, le certificat devra être envoyé au plus tard en juillet 2015

- une lettre de motivation exposant le projet personnel de formation.