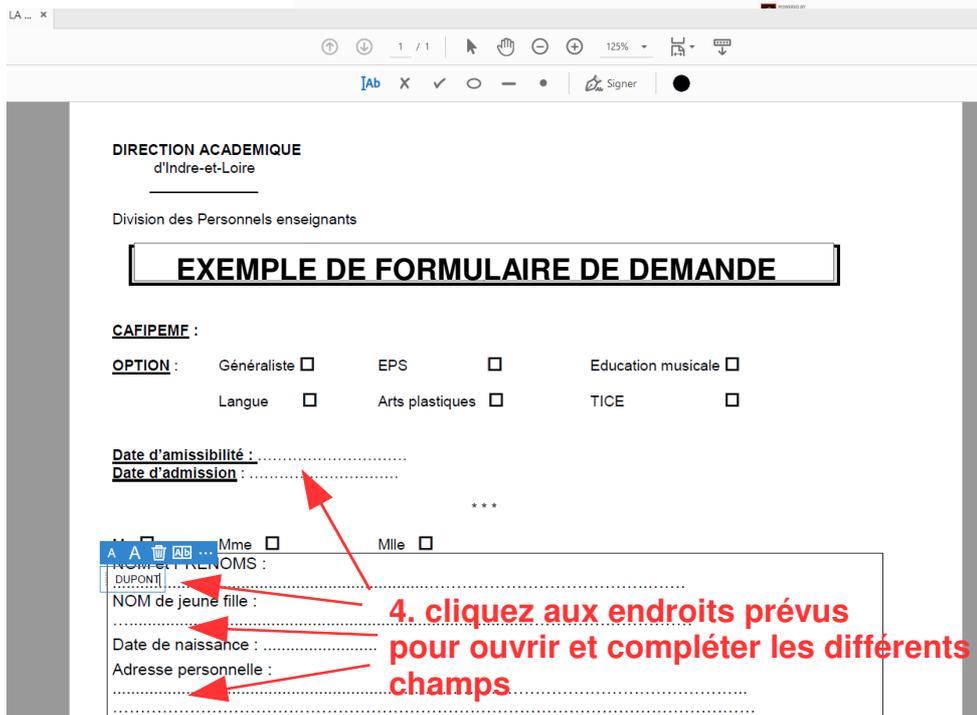
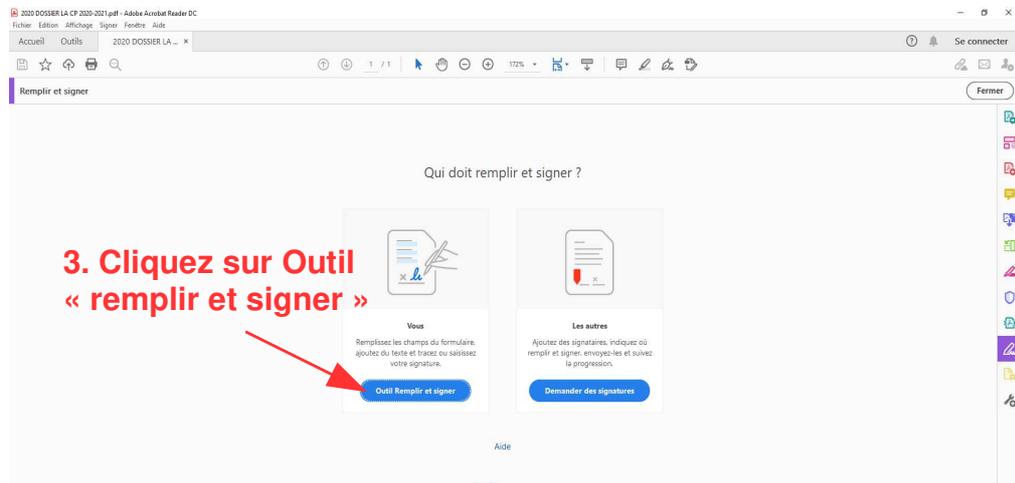


# COMMENT REMPLIR UN FORMULAIRE PDF SANS L'IMPRIMER 1/3

## 1. ouvrir le formulaire avec le logiciel ACROBAT READER (gratuit)



# COMMENT REMPLIR UN FORMULAIRE PDF SANS L'IMPRIMER 2/3

DIRECTION ACADEMIQUE  
d'Indre-et-Loire

Division des Personnels enseignants

**DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LA LISTE D'ACCES AUX FONCTIONS DE CONSEILLER PEDAGOGIQUE AU TITRE DE LA RENTREE 2020**

**CAFIPEMF :**

**OPTION :** Généraliste  EPS  Education musicale   
Langue  Arts plastiques  TICE

**Date d'amissibilité :** .....  
**Date d'admission :** .....

\*\*\*

Adresse personnelle : .....

Adresse courriel : .....@ac-orleans-tours.fr  
Téléphone domicile : ..... Tel portable : .....

En cas d'entretien, votre convocation sera envoyée par mail sur l'adresse académique uniquement

**AFFECTATION ACTUELLE :**

FONCTIONS ACTUELLES : .....

Etablissement : ..... Téléphone : .....

Circonscription : .....

\* affectation antérieure en tant que conseiller pédagogique OUI  NON   
si oui, années et lieux d'exercice : .....

\* Expérience de maître-formateur OUI  NON   
si oui, années et lieux d'exercice : .....

Adresse personnelle : .....

Adresse courriel : .....rs.fr  
Téléphone domicile : ..... Tel portable : .....

En cas d'entretien, votre convocation sera envoyée par mail sur l'adresse académique uniquement

**AFFECTATION ACTUELLE :**

FONCTIONS ACTUELLES : .....

Etablissement : ..... Téléphone : .....

Circonscription : .....

\* affectation antérieure en tant que conseiller pédagogique OUI  NON   
si oui, années et lieux d'exercice : .....

\* Expérience de maître-formateur OUI  NON   
si oui, années et lieux d'exercice : .....

Adresse courriel : .....@ac-orleans-tours.fr

Entrez votre nom ici.

Enregistrer la signature

Annuler Appliquer

Etablissement : ..... téléphone : .....  
Circonscription : .....  
**10. Glisser et déposer le cadre de signature à l'endroit souhaité. Valider en cliquant**

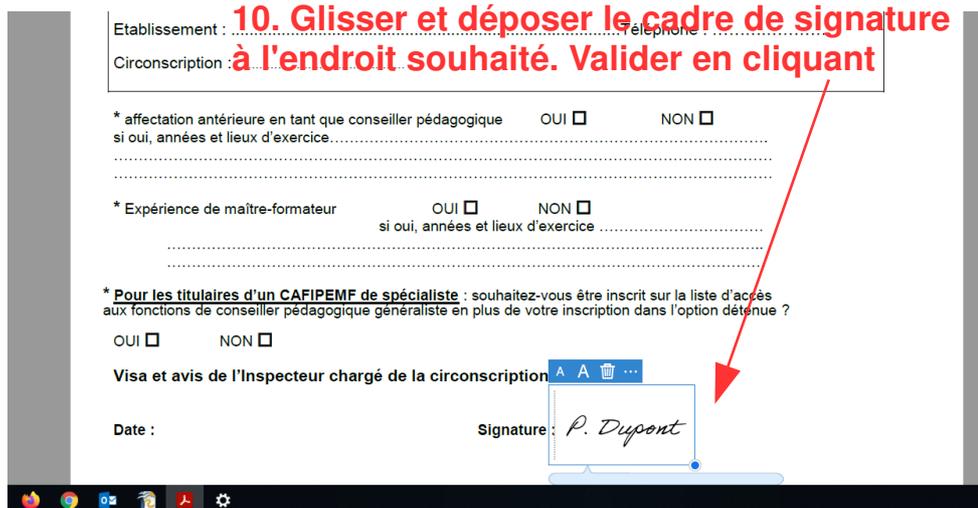
\* affectation antérieure en tant que conseiller pédagogique OUI  NON   
si oui, années et lieux d'exercice.....  
.....  
.....

\* Expérience de maître-formateur OUI  NON   
si oui, années et lieux d'exercice .....  
.....  
.....

\* Pour les titulaires d'un CAFIPEMF de spécialiste : souhaitez-vous être inscrit sur la liste d'accès  
aux fonctions de conseiller pédagogique généraliste en plus de votre inscription dans l'option détenue ?  
OUI  NON

Visa et avis de l'Inspecteur chargé de la circonscription

Date : ..... Signature : *P. Dupont*

A screenshot of a PDF form with various fields and checkboxes. A red arrow points from the top text to a signature box containing the name 'P. Dupont'. The signature box has a blue border and a small toolbar with 'A', 'A', and a trash icon.

**Une fois le formulaire entièrement renseigné, l'enregistrer sous un nouveau nom avant de l'envoyer par courrier électronique**