



I – RENSEIGNEMENTS

NOM : Prénom :
Né(e) le : à :
Courriel : Téléphone :
Adresse personnelle :
.....

Corps / Grade :
Mode d'accès au corps : Liste d'aptitude Intégration Concours (Externe Interne Réservé)
Date d'accès au corps :
Date de 1^{ère} nomination au ministère de l'Education nationale, de la jeunesse et des sports (1) :
Situation administrative (2) :

Fonctions :
Établissement d'affectation principale :
Établissement d'affectation secondaire (le cas échéant) :
Modalité de service 2021/2022 (en %) : Modalité prévue en 2022/2023 (en %) :

Demande de mutation (3) : OUI NON (à renseigner obligatoirement)

Observations éventuelles
.....
.....
.....

II – NATURE DE LA FORMATION

Désignation de la formation :
.....
Niveau :
Organisme responsable de la formation :
Lieu(x) de la formation :
.....
Date début de la formation : Date fin de la formation :
Durée du congé de formation professionnelle (préciser les périodes) :
.....
.....

Observations éventuelles
.....
.....
.....

II – OBJECTIFS DE LA FORMATION

Diplôme le plus élevé obtenu :.....
 Niveau :.....
 Objectifs de la formation envisagée :.....

 Motivation(s) de la demande :.....

 Demande antérieure : OUI NON (à renseigner obligatoirement)
 Si OUI, combien de fois et quelle(s) année(s) scolaire(s) :

 Congé(s) de formation professionnelle déjà accordé(s) : OUI NON (à renseigner obligatoirement)
 Si OUI, quelle(s) durée(s), année(s) scolaire(s) et intitulé(s) de la (des) formation(s) suivie(s) :

IV – ENGAGEMENT DU CANDIDAT

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 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 à fournir les attestations mensuelles de suivi de la formation et 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 obligations incombant aux fonctionnaires placés en congé de formation,
 - de la durée maximale du versement de l’indemnité mensuelle forfaitaire (12 mois),
 - de l’obligation de paiement des retenues pour pension.
 Fait à le/...../..... Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »

V – AVIS DU SUPERIEUR HIERARCHIQUE

Très favorable Favorable Sans opposition Défavorable
 Motivation(s) de l’avis :.....

 Fait à le/...../..... Signature

(1) Obligation d’avoir accompli au moins trois années de services effectifs en qualité de titulaire, stagiaire ou d’agent non titulaire
 (2) Préciser : activité, disponibilité, congé parental, CLM (congé de longue maladie), CLD (congé de longue durée), TPT (temps partiel thérapeutique)
 (3) La mobilité entrainera l’annulation de la demande initiale