

Département d'exercice : ☐ 18 ☐ 28 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 41 ☐ 45
(cochez la case correspondant à votre département)

Voir le pas à pas joint à la circulaire pour compléter le formulaire numériquement

DEMANDE DE CONGÉ DE FORMATION PROFESSIONNELLE
Année scolaire 2026-2027

au titre des Décret n° 2007-1470 du 15/10/2007 relatif à la FPTLV des fonctionnaires de l'Etat
et n° 2007-1942 du 26/12/2007 relatif à la formation professionnelle des agents non titulaires de l'Etat

Je soussigné(e) NOM : **Prénom :**

Grade : ☐ Professeur des Écoles ☐ Instituteur ☐ Suppléant

Etablissement d'exercice (Nom et Adresse)

.....

Poste occupé :

Demande le bénéfice d'un congé de formation professionnelle pour suivre la formation suivante :

Intitulé précis de la formation demandée :

Durée de la formation :

Date de début (Jour – Mois – Année)* :

Date de fin (Jour – Mois – Année)* :

**La période demandée doit être continue et les dates choisies ne pourront en aucun cas être modifiées*

Organisme responsable :

Dans l'hypothèse où ma demande serait agréée, je m'engage à rester au service de l'Etat 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, en cas d'interruption de ma formation sans motif valable, à rembourser les indemnités perçues depuis le jour où cette formation est interrompue.

☐ J'atteste avoir pris connaissance de la circulaire sur le congé de formation professionnelle et notamment, je déclare avoir pris connaissance des dispositions des décrets en ce qui concerne :

- Les obligations incombant aux agents placés en congé de formation,
- La durée maximale du versement de l'indemnité mensuelle forfaitaire (12 mois),
- L'obligation de fournir, à la fin de chaque mois et au moment de la reprise de fonctions, une attestation prouvant la présence effective en formation au cours du mois écoulé.

Adresse pendant le congé de formation (si différente de l'adresse personnelle) :

.....

.....

.....

Date et signature du demandeur
(Signature précédée de la mention "LU ET APPROUVE")

Avis du Directeur - à porter à la connaissance de l'intéressé(e) :

- ☐ Très favorable
- ☐ Favorable
- ☐ Défavorable

Date :

Signature du Directeur :

Date :

Signature du demandeur :

→Fiche à retourner **par courrier électronique** à l'adresse correspondant à votre département d'exercice :

Cher : saep18@ac-orleans-tours.fr

Eure et Loir : saep28@ac-orleans-tours.fr

Indre : saep36@ac-orleans-tours.fr

Indre et Loire : saep37@ac-orleans-tours.fr

Loir et Cher : saep41@ac-orleans-tours.fr

Loiret : saep45@ac-orleans-tours.fr