



I – RENSEIGNEMENTS

NOM :		Prénom :	
Né(e) le :		à :	
Courriel :		Téléphone :	
Adresse personnelle			
.....			
Corps / Grade :			
Mode d'accès au corps : <input type="checkbox"/> Liste d'aptitude <input type="checkbox"/> Intégration <input type="checkbox"/> Concours (<input type="checkbox"/> Externe <input type="checkbox"/> Interne <input type="checkbox"/> Réservé)			
Date d'accès au corps :			
Date de 1 ^{ère} nomination au ministère de l'Education nationale et de la jeunesse (1) :			
Situation administrative (2) :			
Fonctions :			
Établissement d'affectation principale :			
Établissement d'affectation secondaire (le cas échéant) :			
Modalité de service 2023/2024 (en %) : Modalité prévue en 2024/2025 (en %) :			
Demande de mutation (3) :		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> (à renseigner obligatoirement)	
Appartenez-vous à l'une des catégories mentionnées à l'article L. 422-3 du code général de la fonction publique (voir circulaire) OUI <input type="checkbox"/> (joindre un justificatif) NON <input type="checkbox"/> (à renseigner obligatoirement)			
Observations éventuelles			
.....			
.....			

II – NATURE DE LA FORMATION

Désignation de la formation :		
.....		
Niveau :		
Organisme responsable de la formation :		
Modalités de la formation : Présentiel <input type="checkbox"/> Distanciel <input type="checkbox"/> Mixte <input type="checkbox"/>		
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 <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> (à renseigner obligatoirement)	
Si OUI, combien de fois et quelle(s) année(s) scolaire(s) :	
.....	
Congé(s) de formation professionnelle déjà accordé(s) : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> (à renseigner obligatoirement)	
Si OUI, quelle(s) durée(s), année(s) scolaire(s) et intitulé(s) de la (des) formation(s) suivie(s) :	
.....	
Demande conjointe de mobilisation du compte personnel de formation (CPF) auprès de l'EAFIC pour financer le coût des formations sollicitées au titre du congé de formation professionnelle (CFP) :	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> (à renseigner obligatoirement)	
DOCUMENTS A JOINDRE OBLIGATOIREMENT :	
- Document de présentation de la formation précisant clairement le nom de l'organisme de formation	
- Planning détaillé de la formation	

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 remplir toutes les conditions requises et avoir pris connaissance	
<ul style="list-style-type: none">- 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

<input type="checkbox"/> Très favorable	<input type="checkbox"/> Favorable	<input type="checkbox"/> Sans opposition	<input type="checkbox"/> Défavorable
Motivation(s) de l'avis :			
.....			
.....			
Fait à	le/...../.....	Cachet et 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 entraînera l'annulation de la demande initiale

Cette demande doit être adressée aux **bureaux de gestion concernés**
DIPEAR 1, DIPEAR 2, DIPEAR 4, DIPEAR 5
POUR LE 15 AVRIL 2024 AU PLUS TARD