

Quels sont vos objectifs à l'issue de votre congé de formation professionnelle :

Je soussigné(e)

NOM :

PRENOM :

- 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.
- déclare avoir pris connaissance des dispositions de la note de service n° 89-103 du 28 avril 1989, en ce qui concerne :
 - ⇒ - Les obligations incombant aux agents de l'Etat placés en congé de formation ;
 - ⇒ - La durée maximale du versement de l'indemnité mensuelle forfaitaire (12 mois) ;

A..... Le.....

Signature précédée de la mention manuscrite

« Lu et approuvé »

Avis du Chef d'établissement - à porter à la connaissance de l'intéressé(e)

Accord

Refus (à motiver obligatoirement)

Date :

Date :

Signature de l'intéressé(e)

Signature du Chef d'établissement