

ANNEXE 3

**DEMANDE DE CONGE DE FORMATION PROFESSIONNELLE
AU TITRE DU DECRET n° 2007- 1942 du 26 décembre 2007**

PERSONNELS NON TITULAIRES – rentrée scolaire 2025

A retourner à la DPE au plus tard pour le 7 janvier 2025

Je soussigné(e)

NOM : **PRENOM :**

GRADE : **Date de naissance :**

Discipline enseignée :

Etablissement d'exercice :

Dernier diplôme obtenu : **Date d'obtention :**

Admissibilités : (joindre les attestations correspondantes)

⇒ à l'agrégation ⇒ au CAPES

⇒ au CAPET ⇒ au CAPLP

demande à bénéficier d'un congé de formation professionnelle au titre du décret n° 2007-1942 du 26/12/2007.

Date de la 1ère nomination dans l'Education nationale :

Ancienneté cumulée dans l'Education nationale :

- Avez-vous déjà bénéficié d'un congé de formation professionnelle ? OUI NON

nombre de mois obtenu : et en quelle année :

- Avez-vous déjà déposé une demande de congé de formation professionnelle antérieurement ? OUI NON

si oui, nombre de demandes présentées avant la présente demande :

année(s) de dépôt des précédentes demandes :

DESIGNATION EXACTE DE LA FORMATION ENVISAGEE (joindre obligatoirement une lettre de motivation) :

Diplôme, examen, concours préparé :

Date de début de la formation sollicitée : **Date de fin :**

Durée (en mois) : **A temps complet (10 mois)** **A ½ temps (5 mois)**

Nom et adresse de l'organisme qui la dispense :

Lieu de la formation :

Pour les demandes portant sur la réalisation d'une fin de thèse :

fournir obligatoirement l'attestation du directeur de thèse précisant la période de soutenance.



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