

## DEMANDE DE CONGE DE FORMATION PROFESSIONNELLE 1<sup>er</sup> degré privé Rentrée 2023-2024

Date limite de retour au SMEP-1D par voie hiérarchique et après avis du chef d'établissement et de l' IEN pour le 13 janvier 2023 (cachet de la Poste faisant foi)

### DONNEES PERSONNELLES

Je soussigné(e) (NOM - PRENOM) : .....

Date de naissance : .....

Adresse postale et n° de téléphone personnel : .....

..... E-mail académique : ..... @ ac-grenoble.fr

Echelle de rémunération :  instituteur  professeur des écoles

J'atteste avoir accompli au moins 3 années de services effectifs d'enseignement au 1<sup>er</sup> septembre 2023.

**Ou**  maître délégué

J'atteste avoir accompli au moins 36 mois de services effectifs au titre de contrat de droit public à temps plein, dont 12 mois au moins dans l'Education nationale au 1<sup>er</sup> septembre 2023.

DIPLOMES et dates d'obtention : .....

.....

CONCOURS (externe / interne / 2<sup>nd</sup> concours) et date d'obtention : .....

Date du contrat définitif : .....

Éventuellement ADMISSIBILITE à un concours et date d'obtention : .....

.....

ETABLISSEMENT(S) D'AFFECTATION : .....

COMMUNE : ..... Quotité de service hebdomadaire : .....

DEPARTEMENT :  ARDECHE  DROME  ISERE  SAVOIE  HAUTE SAVOIE

Quotité de service hebdomadaire : .....

Dans le cas où ma demande de congé de formation est accordée :

Je renonce à ma demande de temps partiel autorisé pour 2023-2024 ;

Je renonce à ma demande de mise en disponibilité ;

je renonce à ma participation au mouvement de l'emploi, en cas d'obtention d'un congé de formation.

J'ai déjà sollicité un congé de formation professionnelle.

NON

OUI : Année(s).....Durée.....Motif.....

J'ai déjà bénéficié d'un congé de formation professionnelle

NON

OUI : Année(s).....Durée.....Motif.....

## FORMATION

Je demande le bénéfice d'un congé de formation professionnelle pour suivre :

### La formation suivante :

Intitulé exact de la formation : .....

Organisme responsable : .....

Lieu de la formation : .....

Date et volume horaire de la formation : .....

Numéro de déclaration d'activité (Numéro de DA) de l'organisme de formation :  
.....

Lieu de formation : .....

### Selon les modalités suivantes :

10 mois à temps complet du 01/...../..... au ...../...../.....

10 mois à mi-temps du 01/...../..... au ...../...../.....

7 mois à temps complet du 01/...../..... au ...../...../.....

5 mois à temps complet du 01/...../..... au ...../...../.....

autre, indiquer le nombre de mois, la quotité et la période souhaitée : .....

### Pièces justificatives obligatoires à joindre :

- une lettre de motivation ;

- une maquette de la formation précisant les dates et le volume horaire de celle-ci ;

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 durant 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 à adresser, mensuellement au SMEP-1D, via mon chef d'établissement, une attestation prouvant ma présence effective en formation. En l'absence de ce document, l'administration peut mettre fin au congé.

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.

Je déclare avoir pris connaissance des dispositions de la circulaire du SMEP-1D en ce qui concerne :

- (a) l'indemnité mensuelle forfaitaire égale à 85% du traitement brut, afférent à l'indice détenu, plafonnée le cas échéant au traitement de l'indice brut 650 ;
- (b) l'obligation de reprendre un emploi au service de l'Etat à l'expiration du congé ;
- (c) les droits et obligations des agents placés en congé de formation.

Fait à....., le .....

**Signature de l'enseignant(e) précédée de la mention manuscrite « LU et APPROUVE » :**

AVIS DU CHEF D'ETABLISSEMENT

AVIS DE L'INSPECTEUR DE L'EDUCATION NATIONALE