

**FICHE DE CANDIDATURE ENSEIGNANTS NON TITULAIRES
AU BENEFICE DU CONGE DE FORMATION PROFESSIONNELLE
ANNEE 2025-2026**

A RENVOYER AU SECRETARIAT DE L'ETABLISSEMENT AVANT LE 22/11/2024

I – SITUATION ADMINISTRATIVE

NOM – Prénom : NOM de naissance :

Date de naissance :/...../..... Situation familiale :

Adresse personnelle :

N° de téléphone : adresse mail académique :@ac-poitiers.fr

Corps : Grade :

Discipline (pour les enseignants) :

Affectation :

Date de 1^{ère} nomination au Ministère de l'Education Nationale :/...../.....

Date de la 1^{ère} nomination en qualité de titulaire (pour les fonctionnaires titulaires) :/...../.....

II – NATURE DE LA FORMATION

Désignation de la formation :

.....

Organisme responsable de la formation :

Période **et** nombre de mois sollicités (*obligatoire : ne seront étudiées que les demandes dont cette rubrique sera complétée*)

.....

III – OBJECTIFS DE LA FORMATION

Objectifs de la formation envisagée (diplôme, concours, formation) :

.....

.....

Nombre de présentation(s) antérieure(s) au diplôme / concours :

Admissibilité(s) précédente(s) :

Année(s) :

Les motivations de la demande seront obligatoirement détaillées dans la lettre jointe au présent dossier

Le candidat a-t-il déjà fait acte de candidature à un congé de formation les années précédentes ? (A justifier).

Oui Non

Année scolaire de la demande	Formation souhaitée

Le candidat a-t-il déjà obtenu un congé de formation ? Oui Non

Si oui, du au Soit mois

Formation suivie à ce titre :

IV – ENGAGEMENT DU CANDIDAT

Dans l'hypothèse où ma demande serait agréée, je m'engage :

A rester au service de la fonction publique, 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.

En cas d'interruption de ma formation sans motif valable, à rembourser le montant des indemnités perçues depuis le jour où cette formation est interrompue.

A suivre les cours régulièrement et à **envoyer chaque mois** une attestation d'assiduité à mon bureau de gestion.

Je déclare avoir pris connaissance des dispositions relatives :

- aux obligations incombant aux fonctionnaires et agents non titulaires placés en congé de formation professionnelle,
- à la durée maximale du versement de l'indemnité mensuelle forfaitaire (12 mois),
- à l'obligation de paiement des retenues pour pension, y compris lorsque le fonctionnaire ne perçoit pas l'indemnité mensuelle forfaitaire.

A le

Signature précédée de la mention manuscrite
« lu et approuvé »

PARTIE RESERVEE A L'ADMINISTRATION

V – VISA DU CHEF D'ETABLISSEMENT

Cachet de l'établissement :

Date et signature :

Motivations si avis défavorable :
.....
.....
.....

VI – AVIS DU CORPS D'INSPECTION CONCERNE

Transmission de la demande par le bureau de gestion aux inspecteurs concernés.

Nom-prénom de l'inspecteur :

Motivations si avis défavorable :
.....
.....
.....

Date et signature :