

**DIRECTION DES SERVICES DEPARTEMENTAUX
DE L'ÉDUCATION NATIONALE DE VENDEE**
Service Académique de GEstion des Personnels Privés 1er degré - S.A.G.E.P.P.
Cité Administrative Travot – BP 777
85020 LA ROCHE SUR YON cedex
Ce.sagepp44(ou 49,53,72,85)@ac-nantes.fr

<u>DEPARTEMENT :</u> <input type="checkbox"/> 44 <input type="checkbox"/> 49 <input type="checkbox"/> 53 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 85	<u>Cachet de l'école (nom et adresse)</u>
<u>ECOLE SOUS CONTRAT :</u> <input type="checkbox"/> D'ASSOCIATION <input type="checkbox"/> SIMPLE	Code école _0_ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _

DEMANDE DE CONGE DE FORMATION PROFESSIONNELLE Au titre du décret n° 2007-1470 du 15 octobre 2007 modifié par le décret n° 2017-928 du 6 mai 2017 ANNEE SCOLAIRE 2019/2020
--

Je soussigné(e) (nom et prénom) :

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Date de naissance :

Numéro de téléphone du domicile :

Echelle de rémunération : P.E. Instituteur Maître délégué

Date du contrat définitif / de titularisation / de contrats (pour les maîtres délégués) :

Ancienneté Générale de Services au 01/09/2019 :

Etablissement d'affectation :

Diplôme le plus élevé :

Demande le bénéfice d'un congé, au titre du décret n° 2007-1470 du 15 octobre 2007 modifié, pour suivre la formation suivante :

Désignation :

Durée de la formation

Date de début :

Date de fin :

Organisme responsable :

Avez-vous déjà obtenu un congé de formation OUI NON

Si oui : Nature et durée du congé :
 Année :
 Académie ayant accordé ce congé :

Nombre de demandes de congé de formation faites pour la même formation n'ayant pas eu de suite favorable :

Années scolaires :

Classement :

ENGAGEMENT

Dans l'hypothèse où ma demande serait agréée, je m'engage à rester au service de l'Etat, à l'expiration de ce congé, pendant une période d'une durée égale au triple de celle pendant laquelle l'indemnité mensuelle ou forfaitaire m'aura été versée ou à rembourser le montant de cette indemnité en cas de non respect de cet engagement.

Je m'engage à transmettre chaque mois une attestation d'assiduité.

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 en vigueur en ce qui concerne notamment :

- les obligations incombant aux maîtres placés en congé de formation,
- la durée maximale du congé de formation,
- le fait que l'accord pour le congé de formation professionnelle ne concerne pas la prise en charge des frais d'inscription et de formation, qui restent à ma charge.

Fait à _____, le _____

Signature : précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »

Avis du Chef d'établissement

Date :

Signature :

Avis de l'I.E.N. :

Date :

Signature :