



DEMANDE

Congé de formation professionnelle



IDENTIFICATION DE L'AGENT

Nom de naissance

Catégorie

Nom d'usage

Statut

Prénom

Fonction exercée

N° de téléphone

Adresse mèl

Affectation

Date d'entrée
dans la fonction
publique

Adresse pendant
le congé de
formation



INFORMATIONS RELATIVES A LA DEMANDE

- **Demande** (la durée du congé ne peut excéder celle de la formation)

Initiale

Renouvellement

En cas de congé fractionné,
veuillez préciser les modalités :

Désignation précise de
la formation souhaitée

Durée de la formation

Date de début

Date de fin

Forme du congé de
formation souhaitée

- **Motivation de la demande**

Formation qualifiante ou diplômante en vue d'une évolution d'emploi dans la fonction publique

Formation qualifiante ou diplômante hors fonction publique

Autre(s) (préciser)

Nature de la formation souhaitée

Nom de l'organisme

Adresse de l'organisme

- **Seulement en cas de demande de renouvellement**

Date de début du précédent congé

Date de fin du précédent congé

Avez-vous déjà bénéficié d'un congé de formation professionnelle ? Si oui, veuillez préciser ces périodes

Oui

Non

Historique des demandes précédentes accordées (le cas échéant) :

Date de début du congé

Date de fin du congé

Date de début du congé

Date de fin du congé

Date de début du congé

Date de fin du congé

Date de début du congé

Date de fin du congé



PIECES A JOINDRE

Dans tous les cas :

- Ce formulaire complété et signé
- Une lettre de motivation de l'agent
- Une attestation de l'organisme de formation
- L'annexe I, déclaration d'engagement



CIRCUIT DE TRAITEMENT DE LA DEMANDE

Page 3 sur 4

1. Signature de l'agent

2. Avis motivé du supérieur hiérarchique

3. Avis de la CAP ou de la CCP en cas de rejet pour motif de nécessité de service ou pour une troisième demande après deux rejets (quel que soit le motif)

4. Visa de conformité du service de formation

Commentaires et précisions de l'agent

Signature de l'agent

Date



RECUEIL DES VISAS

Avis du supérieur hiérarchique

Nom et prénom du supérieur hiérarchique

Date

Timbre et signature du supérieur hiérarchique

Le cas échéant :

Avis de la CAP ou
de la CCP

Avis du service de formation

Nom de l'agent du service de formation

Date

Timbre et signature du
service de formation

DECLARATION D'ENGAGEMENT

Dans l'hypothèse où ma candidature serait retenue, je m'engage à :

- 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 ;
- Rembourser le montant de l'indemnité perçue en cas d'interruption de ma formation sans motif valable ;
- Adresser à la fin de chaque mois une attestation prouvant mon assiduité à la formation.

Je déclare avoir pris connaissance des dispositions suivantes concernant :

- L'obligation de remettre à l'administration une attestation de présence effective en formation.
- L'obligation de paiement des retenues pour pension, y compris lorsque le fonctionnaire ne perçoit pas l'indemnité mensuelle forfaitaire.

A**Le****Signature de l'agent**