

**FICHE DE CANDIDATURE A UN CONGE DE FORMATION
ENSEIGNANTS TITULAIRES ET PSY-EN**

ANNEE SCOLAIRE 2020/2021

DATE LIMITE D'ENVOI DES DOSSIERS A L'ADRESSE MAIL : ce.dpe3-congedeformation@ac-versailles.fr

LE 21 JANVIER 2020

NOM D'USAGE : Prénom :

NOM PATRONYMIQUE : Date de naissance :

Grade : Discipline : NUMEN :

Echelon Classe Normale au 31/08/19 : Echelon Hors Classe au 31/08/19 :

Nom de l'établissement d'affectation (ou de la circonscription pour les PSY-EN) :

Commune :

RNE de l'établissement (ou de la circonscription) : Tél :

=====
INTITULE DU CONCOURS OU DU DIPLOME (Indiquer *une seule formation en entier, sans sigle ni abréviation*) :

SI PLUSIEURS FORMATIONS SONT INDIQUEES, LE DOSSIER NE SERA PAS TRAITE :

.....

DISCIPLINE DE LA FORMATION :

NOM DE L'ETABLISSEMENT AUPRES DUQUEL LA FORMATION SERA SUIVIE (*ni sigle, ni abréviation*) :

SI CETTE RUBRIQUE N'EST PAS RENSEIGNEE, LE DOSSIER NE SERA PAS TRAITE :

.....

- **EN CAS DE DEMANDE DE LICENCE PROFESSIONNELLE OU DE MASTER, VEUILLEZ JOINDRE LA PLAQUETTE CORRESPONDANTE**

⇒ J'AI DEJA FAIT UNE (DES) DEMANDE(S) DE CONGE DE FORMATION :

OUI /___/ NON /___/ SI OUI, COMBIEN (SANS COMPTER LA PRESENTE DEMANDE) ? /___/

- **JOINDRE LA COPIE DE LA DERNIERE LETTRE DE REFUS (Y COMPRIS ANTERIEURE A 2019, LES DEMANDES ETANT COMPTABILISEES AU TITRE DU BAREME MEME SI ELLES NE SONT PAS CONSECUTIVES)**

⇒ J'AI DEJA OBTENU UN CONGE DE FORMATION :

OUI /___/ NON /___/ SI OUI, COMBIEN DE MOIS ? /___/ EN QUELLE ANNEE ? /___/

- **JOINDRE LA COPIE DE L'ARRETE**

LE CONGE DE FORMATION NE PEUT DEPASSER 12 MOIS REMUNERES DANS L'ENSEMBLE DE LA CARRIERE

⇒ JE DEMANDE POUR L'ANNEE 2020/2021 (UN SEUL CHOIX POSSIBLE)

UN CONGE DE FORMATION A TEMPS COMPLET DU 01/09/20 AU 30/06/21 OUI /___/ NON /___/

UN CONGE DE FORMATION A MI-TEMPS DU 01/09/20 AU 30/06/21 OUI /___/ NON /___/

UN CONGE DE FORMATION INFERIEUR A 10 mois OUI /___/ NON /___/

SI OUI, COMBIEN DE MOIS /___/

UN CONGE DE FORMATION A RAISON DEJOUR(S) PAR SEMAINE (Pour les PSY-EN)

Dans l'hypothèse où ma demande serait acceptée, **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 forfaitaire m'aura été versée et à rembourser le montant de cette indemnité en cas de non-respect de cet engagement.**

Je m'engage, en cas d'absence à la formation sans motif valable, à rembourser les indemnités perçues depuis le jour où cette formation est interrompue.

Je déclare avoir pris connaissance des dispositions des notes de service visées en référence en ce qui concerne :

- les obligations incombant aux fonctionnaires placés en congé de formation ;
- la durée maximale dans l'ensemble de la carrière du versement de l'indemnité mensuelle forfaitaire (12 mois) ;
- l'obligation de paiement des retenues pour pension ;
- l'obligation de service de l'Etat pendant une période d'une durée égale au triple de celle pendant laquelle l'indemnité mensuelle forfaitaire est versée et au remboursement du montant de cette indemnité en cas de non-respect de cet engagement.

=====

A REMPLIR OBLIGATOIREMENT

NOM DU CANDIDAT :

NOM DE L'ETABLISSEMENT :

le

Déposé au secrétariat de l'établissement le :

Signature du candidat :

Signature et cachet chef d'établissement (ou de l'IEN pour les PSY-EN):