

**Formulaire de demande de mobilisation du compte personnel de formation (CPF)  
pour l'année scolaire 2023-2024  
Enseignants 1<sup>er</sup> degré**

**Attention, ce formulaire doit être réceptionné par la Circonscription de l'Éducation Nationale dont vous dépendez au plus tard avant le 17 février 2023.** Il doit être dûment complété pour être examiné (accompagné des pièces demandées et entièrement renseigné de façon lisible).

**Toute formation déjà commencée avant la demande de prise en charge ne peut faire l'objet d'une demande de financement au titre du CPF.**

**Envoi du dossier par mail à votre circonscription**

**Vos contacts à la GESTION COLLECTIVE :**

Marie RENARDAT  
[ce.ia95.cpf@ac-versailles.fr](mailto:ce.ia95.cpf@ac-versailles.fr)

Sophie DOIDY  
[ce.ia95.cpf@ac-versailles.fr](mailto:ce.ia95.cpf@ac-versailles.fr)

NOM ..... Prénom .....  
Date de naissance ..... Numéro de téléphone .....  
Corps/Grade ..... Discipline ou fonction .....  
Etablissement d'affectation ou service .....  
Titulaire :  Non titulaire  Adresse mel : .....@ac-versailles.fr  
Date d'entrée dans la fonction publique : ../ ..... / .....  
Nombre d'heures acquis au titre du CPF : ...

**Votre projet d'évolution professionnelle**

Type de fonctions, d'activités, de responsabilités ou promotion visées (joindre un Curriculum Vitae et une lettre de motivation) .....

Quelles compétences souhaitez-vous acquérir ? .....

Avez-vous rencontré un(e) conseiller(ère) mobilité carrière (CMC) ?  Oui  Non  
Le cas échéant, à quelle(s) date(s) ? .....

Réservé à l'administration - Avis du CMC :

Avez-vous demandé un Congé de Formation Professionnelle ?  Oui  Non  
Le cas échéant, à quelle(s) date(s) ? .....

Avez-vous demandé une mutation dans le cadre du mouvement inter ?  Oui  Non

S'agit-il de votre 1<sup>ère</sup> demande de mobilisation de CPF ?  Oui  Non  
Si « non », dates des demandes précédentes : .....

Je sollicite un crédit d'heures supplémentaires pour prévenir une inaptitude médicale aux fonctions exercées et je joins l'avis du médecin du travail ou de prévention  Oui  Non

Nom : ..... Prénom : ..... Intitulé formation : .....  
Affaire suivie par : GC- FC95 ..... Date du groupe d'examen : Avril 2023

## Détail de la formation demandée

**Vous devrez impérativement fournir deux devis d'organismes de formation précisant leur raison sociale, le programme, le calendrier et le coût de cette formation.**

### Formation demandée

Type de formation (bilan de compétences, préparation aux concours et examens professionnels, VAE, ...):

.....  
.....  
.....

Intitulé de la formation souhaitée : .....

.....  
.....

Le suivi de cette formation nécessite un pré-requis ?  Oui  Non

Le cas échéant, lequel ? .....

.....

### Premier organisme de formation souhaité pour cette action de formation

Nom de l'organisme : .....

.....

Modalités de la formation :  Présentiel  À distance  Mixte

En cas de présentiel, lieu(x) de la formation : .....

Période de la formation : du ..... au : .....

Durée totale en heures : .....

Coût de la formation (TTC) : ..... €

### Deuxième organisme de formation souhaité pour cette action de formation

Nom de l'organisme : .....

.....

Modalités de la formation :  Présentiel  À distance  Mixte

En cas de présentiel, lieu(x) de la formation : .....

Période de la formation : du ..... au : .....

Durée totale en heures : .....

Coût de la formation (TTC) : ..... €

Fait à le ..... / ..... / ..... Signature :

#### Rappel des pièces à joindre **obligatoirement** au dossier :

- Curriculum Vitae,
- Lettre de motivation (maximum 2 pages),
- 2 devis (organismes différents pour mise en concurrence) sur année scolaire 23-24
- Relevé compteur CPF édité par l'agent à partir de la plateforme "www.moncompteformation.gouv.fr",
- Le cas échéant, avis du médecin du travail ou de prévention pour prévenir l'inaptitude aux fonctions exercées. S'il y a lieu, décision MDPH.
- Avis de votre supérieur hiérarchique et avis DSDEN voir ci-après

Pour les contractuels :

- Copie du contrat et avenants

**Avis du supérieur hiérarchique sur la demande et la compatibilité du calendrier de formation avec l'organisation du service.**

**Responsable hiérarchique - IEN**

Nom ..... Prénom .....

Fonction .....

Date de réception de la demande : .....

**Avis motivé sur la demande :** .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Si la formation se déroule en partie ou en totalité sur temps de service, avis sur la compatibilité du calendrier de formation avec l'organisation du service** .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Fait à ....., le ...../.... / ..... Signature :

La circonscription doit adresser le dossier à la DSDEN-DIPE – service de la formation par courriel au plus tard **le jeudi 9 mars**.

Dossier reçu par la circonscription le : .....

Dossier arrivé au service de la formation le : .....