



Liberté • Égalité • Fraternité  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

RÉGION ACADÉMIQUE  
ÎLE-DE-FRANCE

CONGE DE FORMATION PROFESSIONNELLE Année 2020/2021

MINISTÈRE  
DE L'ÉDUCATION NATIONALE  
ET DE LA JEUNESSE  
MINISTÈRE  
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,  
DE LA RECHERCHE  
ET DE L'INNOVATION

ATTESTATION MENSUELLE DE PRESENCE

*(Obligatoire pour le versement de l'indemnité de congé de formation)*

**Rectorat**  
3, boulevard  
de Lesseps  
78017  
Versailles  
Cedex

**NOM :**

**PRENOM :**

**GRADE / DISCIPLINE :**

**ETABLISSEMENT D'AFFECTATION :** .....

.....

**FORMATION SUIVIE :** .....

.....

A été présent(e) aux cours pendant le mois de : .....

Fait à.....le.....

Signature de l'enseignant

Cachet et identification de  
L'organisme de formation  
*(Obligatoire)*

Signature du responsable de formation

A retourner impérativement chaque 10 du mois au Rectorat de Versailles à la DEEP Gestion Collective