

**DEMANDE DE CONGÉ DE FORMATION PROFESSIONNELLE
PERSONNELS ENSEIGNANTS DES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS SOUS CONTRAT DES 1^{ER} ET 2ND DEGRÉS**

NOM D'USAGE PRÉNOM

NOM DE FAMILLE

ÉCHELLE DE RÉMUNÉRATION ÉCHELON

DISCIPLINE

ÉTABLISSEMENT D'AFFECTATION ACTUEL

DATE D'AFFECTATION

MAÎTRE DÉLÉGUÉ / CONTRACTUEL DEPUIS LE

sollicite l'octroi d'un congé de formation en vue de suivre la formation personnelle suivante :

◇ Désignation :

◇ Date de début :

◇ Durée (en mois) :

◇ Nombre d'heures de formation :

◇ Organisme responsable :

Dans l'hypothèse où ma demande serait agréée, je m'engage :

- à reprendre un emploi dans un établissement privé sous contrat à l'expiration de ce congé, pendant 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 ;

- en cas d'interruption de ma formation sans motif valable, à rembourser les indemnités perçues depuis le jour où cette formation est interrompue ;

- à **produire une attestation mensuelle d'assiduité.**

Je déclare avoir pris connaissance des dispositions relatives au congé de formation professionnelle, notamment en ce qui concerne la durée maximale du versement de l'indemnité mensuelle forfaitaire qui est de 12 mois.

Adresse pendant le congé de formation :

JOINDRE UNE LETTRE DE MOTIVATION à votre notice de candidature.

Fait à le.....

Signature de l'intéressé(e)

AVIS DU CHEF D'ÉTABLISSEMENT :

(tout avis défavorable sera motivé)

AVIS FAVORABLE

AVIS DÉFAVORABLE

Fait à le..... Signature et cachet du chef d'établissement

Avez-vous déjà présenté une demande de congé de formation professionnelle ? (entourer votre réponse)

OUI NON

Au titre de l'année :

Avez-vous été en congé de longue maladie (CLM) ou en congé de longue durée (CLD) au cours des cinq dernières années ? (entourer votre réponse)

OUI NON

Avez-vous déjà obtenu un congé de formation professionnelle ? (entourer votre réponse)

OUI NON

Au titre de l'année :

Durée du congé accordé :

Je soussigné(e) certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Fait à le.....

Signature de l'intéressé(e)
