

**PERSONNELS TITULAIRES**  
**Demande de congé de formation professionnelle**  
**au titre du décret n° 2007-1470 du 15 octobre 2007**

**Je soussigné(e) (Nom-Prénom)** \_\_\_\_\_

**Date de naissance** \_\_\_\_\_

**Grade** \_\_\_\_\_ Echelon (1) au 30/08/07 par promotion : \_\_\_\_\_  
et au 01/09/07 par classement : \_\_\_\_\_

**Date d'entrée dans la Fonction publique :** \_\_\_\_\_

**Discipline** \_\_\_\_\_

**Bureau, service ou établissement d'affectation :** \_\_\_\_\_

demande le bénéfice d'un congé au titre du décret n° 85-607 du 14 juin 1985 pour suivre la formation suivante :

- . désignation (2) : \_\_\_\_\_
- . date de début (2) : \_\_\_\_\_
- . durée (2) : \_\_\_\_\_
- . organisme responsable (2) : \_\_\_\_\_

Avez-vous bénéficié d'une action de formation en vue de la préparation aux examens et concours en 2007/2008 :  
(Précisez la période) OUI  NON

Avez-vous déjà demandé, les années scolaires précédentes, à bénéficier d'un congé de formation:  
(Précisez les années) OUI  NON  (Joindre décision de refus de l'administration)

Avez-vous obtenu un congé de formation : OUI  NON   
si OUI précisez la durée \_\_\_\_\_ précisez l'année \_\_\_\_\_  
(Joindre l'arrêté de congé)

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 ou forfaitaire m'aura été versée et à rembourser le montant de cette indemnité en cas de non respect de cet engagement ;
- à produire une attestation mensuelle d'assiduité ;
- à rembourser les indemnités perçues depuis le jour où cette formation est interrompue, en cas d'interruption de ma formation, sans motif valable.

Je déclare avoir pris connaissance des dispositions du décret précité et de la circulaire rectorale en ce qui concerne :

- . les obligations incombant aux personnels placés en congé de formation,
- . la durée maximale du versement de l'indemnité mensuelle forfaitaire (12 mois)
- . l'obligation de paiement des retenues pour pension.

Adresse actuelle : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

Adresse pendant les vacances : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

**Avis du supérieur hiérarchique :** favorable   
défavorable\*   
Signature, Cachet

A \_\_\_\_\_ le, \_\_\_\_\_

Signature précédée de la mention manuscrite  
"lu et approuvé"

(1) Fournir une copie du dernier arrêté de promotion ou de reclassement

(2) Ces rubriques sont à remplir avec précision

\* Motiver le refus

