

FORMULAIRE DE DEMANDE

DE CONGE DE FORMATION PROFESSIONNELLE

Année scolaire 2026-2027

A retourner par la voie hiérarchique

Au Bureau de l'enseignement privé – DMVE

Au plus tard le lundi 29 juin 2026

Je soussigné (e),

Corps :

Discipline (*pour les enseignants du 2nd degré*) :

Grade :

Date de contractualisation : / ____ / ____ / ____ /

Ancienneté générale de service au 31/08/2026 :

Position administrative :

<input type="checkbox"/> en activité	<input type="checkbox"/> à temps complet	<input type="checkbox"/> en congé parental
<input type="checkbox"/> en disponibilité	<input type="checkbox"/> à temps partiel	<input type="checkbox"/> autre

Etablissement d'exercice :

Demande le bénéfice d'un congé au titre du décret n° 2007-1470 du 15 octobre 2007, pour suivre la formation suivante :

Intitulé précis de la formation :

Niveau du diplôme préparé :

Durée : du / ____ / ____ / ____ / au / ____ / ____ / ____ /

Organisme responsable (nom, raison sociale) :

Adresse :

Nom, prénom de la personne référente de la formation :

Coordonnées (mail et téléphone) :

Rappel :

- **Joindre l'attestation d'agrément de l'Etat lié à l'organisme de formation**

NB : à la fin de chaque mois, il conviendra de remettre une attestation justifiant de l'assiduité à la formation.

Avez-vous déjà bénéficié d'un congé de formation OUI NON

Durée : du ____/____/____/ au ____/____/____/
du ____/____/____/ au ____/____/____/

Intitulé de la formation suivie durant ce congé :

.....

Avez-vous déjà sollicité un congé de formation OUI NON

Si OUI, préciser les années :

--	--	--

Diplômes et titres professionnels obtenus (joindre obligatoirement une copie)	Année

Formations suivies pendant les 5 dernières années :

Nature	Organisme	Date

Derniers examens ou concours passés :

Nature	Date	Résultat

Dans l'hypothèse où ma demande sera agréée, 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.

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

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 de 12 mois.

Je reconnais avoir pris connaissance des dispositions figurant dans la circulaire « Congé de formation professionnelle au titre de l'année scolaire 2025/2026 » parue en mai 2025.

Adresse pendant le congé :
.....
.....

A, le / ___ / ___ / _____ /
Signature précédée de la mention manuscrite « *Lu et approuvé* »