

ANNEXE 2

**DEMANDE DE CONGE DE FORMATION PROFESSIONNELLE
AU TITRE DU DECRET n° 2007-1470 du 15 octobre 2007**

PERSONNELS TITULAIRES – rentrée scolaire 2026

**A retourner par courriel à dpe-poletrans4@ac-normandie.fr
pour le 6 janvier 2026 au plus tard**

Je soussigné(e)

NOM : **PRENOM :**

GRADE : **Date de naissance :**

Discipline enseignée :

Etablissement d'exercice :

Dernier diplôme obtenu : **Date d'obtention :**

Admissibilités : (joindre les attestations correspondantes)

⇒ à l'agrégation ⇒ au CAPES
⇒ au CAPET ⇒ au CAPLP

demande à bénéficier d'un congé de formation professionnelle au titre du décret n° 2007-1470 du 15/10/2007.

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

nombre de mois obtenu : et en quelle année :

- Avez-vous déjà déposé une demande de congé de formation professionnelle antérieurement ? **OUI** **NON**

si oui, nombre de demandes présentées avant la présente demande :

année(s) de dépôt des précédentes demandes :

DESIGNATION EXACTE DE LA FORMATION ENVISAGEE (joindre obligatoirement une lettre de motivation) :

.....
.....

Diplôme, examen, concours préparé :

Date de début de la formation sollicitée : Date de fin :

Durée (en mois) : **A temps complet** **A 1/2 temps**

Nom et adresse de l'organisme qui la dispense :

.....

Lieu de la formation :

Pour les demandes portant sur la réalisation d'une fin de thèse :
fournir obligatoirement l'attestation du directeur de thèse précisant la période de soutenance.

Quels sont vos objectifs à l'issue de votre congé de formation professionnelle :

Avez-vous l'intention de présenter :

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Une demande de mutation hors de l'académie de Normandie- Une demande de mutation dans l'académie de Normandie | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |

Je soussigné(e)

NOM :

PRENOM :

- m'engage, dans l'hypothèse où ma demande serait acceptée, à rester au service de la Fonction publique, à l'expiration de ce congé, pendant une période d'une durée égale au triple de celle pendant laquelle l'indemnité mensuelle m'aura été versée et à rembourser le montant de cette indemnité en cas de non-respect de cet engagement.
- 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.
- déclare avoir pris connaissance des dispositions de la note de service n° 89-103 du 28 avril 1989, en ce qui concerne
 - ⇒ - Les obligations incombant aux fonctionnaires 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.

A..... Le.....

**Signature précédée de la mention manuscrite
« Lu et approuvé »**

Avis du Chef d'établissement - à porter à la connaissance de l'intéressé(e)

- Accord Refus (à motiver obligatoirement)

Date :

Signature de l'intéressé(e)

Date :

Signature du Chef d'établissement