**Formulaire de demande d’utilisation du compte personnel de formation**

à adresser à votre IEN de circonscription pour **le 07 avril 2025** pour une formation susceptible de débuter entre le 1er septembre 2025 et le 31 décembre 2025,

une copie est transmise concomitamment à la division des personnels : dp71@ac-dijon.fr

Nom :

Prénom :

Établissement :

Fonctions actuelles :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

Votre projet d’évolution professionnelle

Votre projet :

Vos motivations, quelles compétences souhaitez-vous acquérir ?

Souhaitez-vous exercer cette nouvelle fonction : □ à titre principal □ à titre accessoire

Avez-vous rencontré le CMC ou le conseiller RH de proximité ?

Si non, souhaitez-vous le rencontrer ?

**Mobilisation du CPF**

Capital d’heures sur [***moncompteactivite.gouv.fr***](http://moncompteactivite.gouv.fr) :

Nombre d’heures totales mobilisées au titre du CPF pour l’année

* sur le temps de travail :
* hors temps de travail :
* dont nombre d’heures au titre de l’anticipation  :

**Détail des actions demandées (1)**

**Actions -** Intitulé de la formation (joindre le programme\*) :

 Type de formation :

 Modalités :

 Le suivi de cette action nécessite-t-il des prérequis ?

 Nom de l’organisme de formation :

 Lieu de la formation :

 Coûts pédagogiques : Frais annexes :

 Durée totale en heures :

 Dates : du au

|  |
| --- |
|  Pièces à fournir :* un devis de moins de 3 mois
* un calendrier de formations
* une attestation du capital d’heures CPF sur [***moncompteactivite.gouv.fr***](http://moncompteactivite.gouv.fr)
 |

Je m’engage, en cas d’absence de suivi de tout ou partie de la formation sans motif valable, à rembourser l’ensemble des frais pris en charge par l’administration.

Fait le à

Signature de l’agent :

**1) si plusieurs actions sont demandées, éditez la page 2 en autant d’exemplaire que nécessaire.**

**Partie réservée à l’administration**

Avis de l’inspecteur de l’éducation nationale :

Motivation obligatoire en cas de refus :

Fait le à

Nom du signataire :

Signature :

**Décision finale de l’inspectrice d’académie – directrice académique des services départementaux de l’éducation nationale** :

Date de réception de la demande :

**Motivation du refus :**

Durée totale en heures :

Montant de la prise en charge total :

* dont € pour les coûts pédagogiques
* dont € pour les frais annexes

Fait le à

Nom du signataire :

Signature :