DIRECTION DES SERVICES DEPARTEMENTAUX
DE L'EDUCATION NATIONALE DE VENDEE
Service Académique de GEstion des Personnels Privés 1er degré - S.A.G.E.P.P.
Cité Administrative Travot – BP 777
85020 LA ROCHE SUR YON cedex
ce.sagepp44(ou 49,53,72,85)@ac-nantes.fr

DEPARTEMENT :	**Cachet de l'école (nom et adresse)**
☐ 44 ☐49 ☐ 53 ☐ 72 ☐ 85	
ECOLE SOUS CONTRAT : ☐ D'ASSOCIATION ☐ SIMPLE	Code école _0_/___/___/___/___/___/___/___/___/

DEMANDE DE CONGE DE FORMATION PROFESSIONNELLE
Au titre du décret n° 2007-1470 du 15 octobre 2007 modifié

ANNEE SCOLAIRE 2027/2028

Je soussigné(e) :

Nom d'usage : Nom de naissance : Prénom :

Date de naissance :

Numéro de téléphone du domicile :

Echelle de rémunération : P.E. ☐ Instituteur ☐ Maître délégué ☐

Date du contrat définitif / de titularisation / de contrats (pour les MD1 ou MD2) :

Ancienneté Générale de Services au 01/09/2026 :

Etablissement d'affectation :

Diplôme le plus élevé :

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

Désignation :

Durée de la formation :

Date de début : Date de fin :

Modalité (quotité) :

Organisme responsable de la formation :

Ce congé est-il lié à une demande de reconversion ☐ OUI ☐ NON

Avez-vous déjà obtenu un congé de formation ☐ OUI ☐ NON

Si oui : Nature et durée du congé :
Année : :
Académie ayant accordé ce congé :

Nombre de demandes de congé de formation faites pour la même formation n'ayant pas eu de suite favorable :
-

ENGAGEMENT

Dans l'hypothèse où ma demande serait 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 à transmettre chaque mois une attestation d'assiduité.

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 en vigueur en ce qui concerne notamment :

➢ les obligations incombant aux maîtres placés en congé de formation,

➢ la durée maximale d'une année donnant lieu à indemnité en congé de formation,

➢ le fait que l'accord pour le congé de formation professionnelle ne concerne pas la prise en charge des frais d'inscription et de formation, qui restent à ma charge.

Fait à , le

Signature : précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »

L'Imprimé de candidature devra être accompagné d'une lettre de motivation et transmis à :

Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale de la VENDEE
S.A.GE.P.P (préciser le département d'affectation)
A l'attention de Madame VRIGNAUD Sandrine
Cité Administrative Travot
BP 777
85000 LA ROCHE/YON Cedex

POUR *LE VENDREDI 8 JANVIER 2027*, DATE LIMITE IMPERATIVE.

Avis du Chef d'établissement :

Date : Signature :

Avis de l'I.E.N. :

Date : Signature :