



**ACADÉMIE
DE NANTES**

Liberté
Égalité
Fraternité

Demande de congé de formation professionnelle - Agents titulaires -
Décret n°2007-1470 du 15 octobre 2007

(Date limite retour Rectorat le **vendredi 27 mars 2026**)

Rectorat

**Division des Personnels
Administratifs, Techniques
et d'Encadrement**

4, rue de la Houssinière
BP 72616 – 44326 NANTES
cedex 3

ce.dipate@ac-nantes.fr

DIPATE 1

AAE : 02 40 14 64 63 / 64
INSPECTEURS - PDIR :
02 40 14 64 52

DIPATE 2

SAENES : 02 40 14 64 56

ADJENES : 02 40 14 64 55

DIPATE 3

ATEE & Pers. RF EPLE :
02 40 14 64 85

Pers. RF Rectorat/DSDEN :
02 40 14 64 58

Médecins, INFENES et ASSAE :

Dépt. 44 et 49 : 02 40 14 64 61

Dépt. 53/72/85: 02 40 14 64 66

Je soussigné(e),

Nom : **Prénom :**

Corps :

Si vous êtes agent de catégorie C, êtes-vous titulaire du baccalauréat ? : ☐ Oui ☐ Non

Fonctions exercées :

Affectation :

Avez-vous la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (BOE) : ☐ Oui ☐ Non

N° d'identification de l'établissement (RNE) :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Participation au mouvement : ☐ OUI ☐ NON

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

Intitulé :

Date de début de la formation* :

Date exacte de la fin de formation* :

Organisme responsable :

(attention : l'accord pour le congé de formation professionnelle ne concerne pas le coût des frais d'inscription et de formation qui sont à la charge de l'agent)

Je joins une **lettre de motivation** à ma demande.

Je déclare avoir pris connaissance des dispositions du décret susvisé en ce qui concerne :

- les obligations incombant aux fonctionnaires placés en congé de formation ;
- la durée maximale du versement de l'indemnité mensuelle forfaitaire (1 ou 2 ans selon situation).
- l'obligation de paiement des retenues pour pension.

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 (est comprise au titre de cet engagement la durée de service effectuée dans un emploi relevant des collectivités territoriales ou des hôpitaux). 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.

Adresse durant le congé :

Tél : Mail :

À : le :

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

Avis du chef d'établissement ou de service :

.....

.....

.....

À : le :

Signature :

*** important :** le congé de formation ne peut couvrir que la période exacte de la formation, c'est-à-dire être conforme à la pièce justificative produite concernant les dates de début et fin de la formation.