



RÉGION ACADÉMIQUE
NOUVELLE-AQUITAINE

MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE
ET DE LA JEUNESSE

MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,
DE LA RECHERCHE
ET DE L'INNOVATION

Formulaire de demande d'utilisation du compte personnel de formation

Année : 2019

Rectorat de l'académie
de Poitiers
Direction des services
départementaux de
l'éducation nationale
de la Vienne

Direction des
Ressources
humaines

Division de
l'accompagnement
et de la
formation
des personnels
(DAFOP)

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / / / / / / / /

Structure d'affectation :

Si titulaire précisez corps et grade :

Si contractuel (enseignant, administratif, autre) précisez :

Quotité de service : %

Date d'entrée dans la fonction publique : / / / / / / / /

Diplôme le plus élevé détenu :

Votre projet d'évolution professionnelle

Vos fonctions actuelles :

Type de fonctions, d'activités, de responsabilités ou promotion visées :

.....

.....

Vos motivations :

- ☐ Accession à de nouvelles responsabilités
- ☐ Mobilité professionnelle comportant un changement de domaine de compétences
- ☐ Reconversion professionnelle
- ☐ Autres (précisez) :

Dans tous les cas, merci de détailler vos motivations :

.....

.....

.....

.....

Quelles compétences souhaitez-vous acquérir ?

- ☐ Acquisition socle de compétences fondamentales (français, calcul, certificat CléA etc...) pour les agents peu ou pas qualifiés
- ☐ Anticipation de l'inaptitude physique à venir. Un abondement des droits supplémentaires est possible dans ce cas, sur attestation médicale précisant que l'état de santé de l'agent, compte-tenu de ses conditions de travail, l'expose à un risque d'inaptitude à venir. L'agent prendra contact avec le service de médecine de prévention (sam@ac-poitiers.fr)
- ☐ Préparation aux concours ou examens professionnels de la fonction publique, validation des acquis et de l'expérience (VAE), bilan de compétences
- ☐ Autre projet d'évolution professionnelle (précisez) :

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

Avez-vous déjà bénéficié d'un rendez-vous avec une conseillère mobilité carrière ?

☐ oui ☐ non

Si non, souhaitez-vous en bénéficier ?

☐ oui ☐ non

(si oui, prendre contact avec les conseillères mobilité carrière : ce.cmc@ac-poitiers.fr)

Mobilisation du CPF

Nombre d'heures acquises au titre du CPF : h

Les agents ont la possibilité de connaître leurs droits acquis au titre du CPF en consultant le site : www.moncompteactivite.gouv.fr

Une copie de l'historique des droits CPF accessibles sur ce site internet sera obligatoirement jointe au présent dossier*.

Détail de l'action de formation demandée

Intitulé de la formation (**joindre impérativement le descriptif pédagogique ou le programme***) :

.....

Type de formation (y compris bilan de compétences, préparation concours / examens professionnels, VAE etc...) :

.....

Modalités : ☐ en présentiel ☐ à distance / e-formation ☐ hybride

Le suivi de cette action de formation nécessite-t-il des prérequis ? : ☐ oui ☐ non

Si oui, lesquels ?

Joindre au moins deux devis de deux organismes différents pour les coûts pédagogiques**

Nom et adresse de l'organisme de formation

.....

.....

Lieu de la formation (si différent de l'adresse de l'organisme de formation) :

.....

Coût pédagogique (TTC) : euros

Durée totale en heures : h

Du / / au / /

Nom et adresse de l'organisme de formation

.....

.....

Lieu de la formation (si différent de l'adresse de l'organisme de formation) :

.....

Coût pédagogique (TTC) : euros

Durée totale en heures : h

Du / / au / /

Nombre d'heures demandées au titre du CPF : h

Sur le temps de travail : h Hors temps de travail : h

Dont nombre d'heures au titre de l'anticipation :h

Je m'engage, en cas d'absence de suivi d'au moins 10% du volume horaire de la formation sans motif valable, à rembourser l'ensemble des frais pris en charge par l'administration.

Fait à le / / / / / / / /

Signature de l'agent

* Pièce obligatoire

** Pièces obligatoires uniquement si la formation demandée est hors plan académique de formation

Partie réservée à l'administration**Le responsable hiérarchique :**

Date de réception de la demande : / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ /

Avis : ☐ Favorable ☐ Défavorable

Motivations : (à préciser le cas échéant dans une note distincte) :

.....

.....

Fait à le / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ /

Nom, Prénom, qualité du signataire :

Signature :

Ce cadre devra obligatoirement être renseigné avant transmission du dossier à la DAFOP**La commission académique :**

Date de la commission : / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ /

Avis : ☐ Favorable ☐ Défavorable

Motivations : (à préciser le cas échéant dans une note distincte) :

.....

.....

Décision finale du recteur :**☐ La demande de CPF est refusée**

Motivation du refus :

.....

.....

.....

☐ La demande de CPF est accordée

Durée totale en heures : h

Montant de la prise en charge totale : euros pour les coûts pédagogiques

Fait à le / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ /

Nom, Prénom, qualité du signataire :

Signature :