



RÉGION ACADEMIQUE  
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

Nom : .....

Prénom : .....

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

Structure d'affectation : .....

Si titulaire précisez corps et grade : .....

Si contractuel (enseignant, administratif, autre)

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 :

- Accésion 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](mailto: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 ?**

**Si non, pourriez-vous en bénéficier ?**  oui  non

**Si non, souhaitez-vous en bénéficier ?**  oui  non  
(si oui, prendre contact avec les conseillères mobilité carrière : [cccmc@ac-poitiers.fr](mailto:cccmc@ac-poitiers.fr))

Mobilisation du CRE

Nombre d'heures acquises au titre du CPE : **h**

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

[www.moncompteactive.gouv.fr](http://www.moncompteactive.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

Dy / / 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 :