



RÉGION ACADÉMIQUE
AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE
ET DE LA JEUNESSE

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



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Formulaire de demande de mobilisation du compte personnel de formation (CPF) pour l'année scolaire 2019-2020

Attention, ce formulaire doit être visé par votre responsable hiérarchique, et réceptionné **au plus tard** par la direction de la gestion administrative de la formation DGAF **le 7 octobre 2019, délai de rigueur**. Il doit être **complet** pour être examiné (accompagné des pièces demandées - cf. page 5 - et entièrement renseigné)

Informations relatives au demandeur

Numen Genre Femme Homme
 Nom Prénom
 Corps - Grade RNE établissement
 Libellé de l'établissement :
 Titulaire : Non titulaire : Adresse mel : @ac-lyon.fr
 Date d'entrée dans la fonction publique : / /
 Nombre d'heures acquis au titre du CPF :
 N° de sécurité sociale :
 Diplôme le plus élevé détenu :

Cadre réservé à l'administration

Important : cette fiche ne vaut pas inscription à la formation elle-même. Il convient d'y procéder selon les modalités fixées par l'organisme qui la dispense.

Votre projet d'évolution professionnelle

Vos fonctions actuelles et / ou votre discipline d'enseignement (joindre un Curriculum Vitae) :

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

Vos motivations (vous pouvez joindre une lettre de motivation - 2 pages maximum) :

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

Le cas échéant, précisez vos motivations ci-dessous ou joindre une lettre de motivation

- Quelles compétences souhaitez-vous acquérir ?
- Acquisition du socle de compétence fondamentale pour les agents peut ou pas qualifié
 - Anticipation de l'inaptitude physique à venir
 - Préparation aux concours et examens professionnel de la fonction publique, VAE, bilan de compétence
 - autre projet d'évolution professionnel

Souhaitez-vous exercer cette nouvelle fonction : À titre principal À titre accessoire

Avez-vous rencontré un conseiller mobilité carrière ? Oui Non

Le cas échéant, à quelle(s) date(s) ?

Nombre d'heures disponible sur votre compte CPF :

Nombre d'heures à mobiliser pour la formation demandée :

Je sollicite un crédit d'heures supplémentaires pour prévenir une inaptitude médicale aux fonctions exercées et je joins l'avis du médecin du travail ou de prévention Oui Non

Cadre réservé à l'administration

Détail des actions de formation demandées

Pour chaque action de formation envisagée en dehors du Plan académique de formation, vous devrez fournir **deux devis d'organismes de formation précisant leur raison sociale, et pour chaque devis le programme et le calendrier de cette formation. Si plusieurs actions sont demandées, vous veillerez à ordonner les actions de formation dans l'ordre de vos priorités pour mener à bien votre**

Première action de formation

Type de formation (bilan de compétences, préparation aux concours et examens professionnels, VAE, ...) :

.....

Intitulé de la formation souhaitée :

.....

Le suivi de cette formation nécessite un pré-requis ? Oui Non

Le cas échéant, lequel ?

.....

Premier organisme de formation souhaité pour cette action de formation

Nom de l'organisme :

.....

Modalités de la formation : Présentiel À distance Mixte

En cas de présentiel, lieu(x) de la formation :

Période de la formation : du au :

Durée totale en heures :

Nombre d'heures que vous souhaitez mobiliser au titre du CPF pour cette action de formation

- sur le temps de travail (prioritairement) :

- hors temps de travail (en complément) :

Dont nombre d'heures par anticipation :

Coût pédagogique de la formation (TTC) :€

Second organisme de formation souhaité pour cette action de formation

Nom de l'organisme :

Modalités de la formation : Présentiel À distance Mixte

En cas de présentiel, lieu(x) de la formation :

Période de la formation : du au :

Durée totale en heures :

Nombre d'heures que vous souhaitez mobiliser au titre du CPF pour cette action de formation

- sur le temps de travail (prioritairement) :

- hors temps de travail (en complément) :

Dont nombre d'heures par anticipation :

Coût de la formation (TTC) :€

Deuxième action de formation (si nécessaire, sinon complétez directement la page 5 du dossier)

Type de formation (bilan de compétences, préparation aux concours et examens professionnels, VAE, ...) :

.....
.....

Intitulé de la formation souhaitée :

.....
.....

Le suivi de cette formation nécessite un pré-requis ? Oui Non

Le cas échéant, lequel ?

Premier organisme de formation souhaité pour cette action de formation

Nom de l'organisme :

Modalités de la formation : Présentiel À distance Mixte

En cas de présentiel, lieu(x) de la formation :

Période de la formation : du au :

Durée totale en heures :

Nombre d'heures que vous souhaitez mobiliser au titre du CPF pour cette action de formation

- sur le temps de travail (prioritairement) :

- hors temps de travail (en complément) :

Dont nombre d'heures par anticipation :

Coût de la formation (TTC) :€

Second organisme de formation souhaité pour cette action de formation

Nom de l'organisme :

Modalités de la formation : Présentiel À distance Mixte

En cas de présentiel, lieu(x) de la formation :

Période de la formation : du au :

Durée totale en heures :

Nombre d'heures que vous souhaitez mobiliser au titre du CPF pour cette action de formation

- sur le temps de travail (prioritairement) :

- hors temps de travail (en complément) :

Dont nombre d'heures par anticipation :

Coût de la formation (TTC) :€

Troisième action de formation (si nécessaire, sinon complétez directement la page 5 du dossier)

Type de formation (bilan de compétences, préparation aux concours et examens professionnels, VAE, ...) :
.....
.....

Intitulé de la formation souhaitée :
.....
.....

Le suivi de cette formation nécessite un pré-requis ? Oui Non

Le cas échéant, lequel ?
.....

Premier organisme de formation souhaité pour cette action de formation

Nom de l'organisme :
.....

Modalités de la formation : Présentiel À distance Mixte

En cas de présentiel, lieu(x) de la formation :

Période de la formation : du au :

Durée totale en heures :

Nombre d'heures que vous souhaitez mobiliser au titre du CPF pour cette action de formation

- sur le temps de travail (prioritairement) :

- hors temps de travail (en complément) :

Dont nombre d'heures par anticipation :

Coût de la formation (TTC) :€

Second organisme de formation souhaité pour cette action de formation

Nom de l'organisme :
.....

Modalités de la formation : Présentiel À distance Mixte

En cas de présentiel, lieu(x) de la formation :

Période de la formation : du au :

Durée totale en heures :

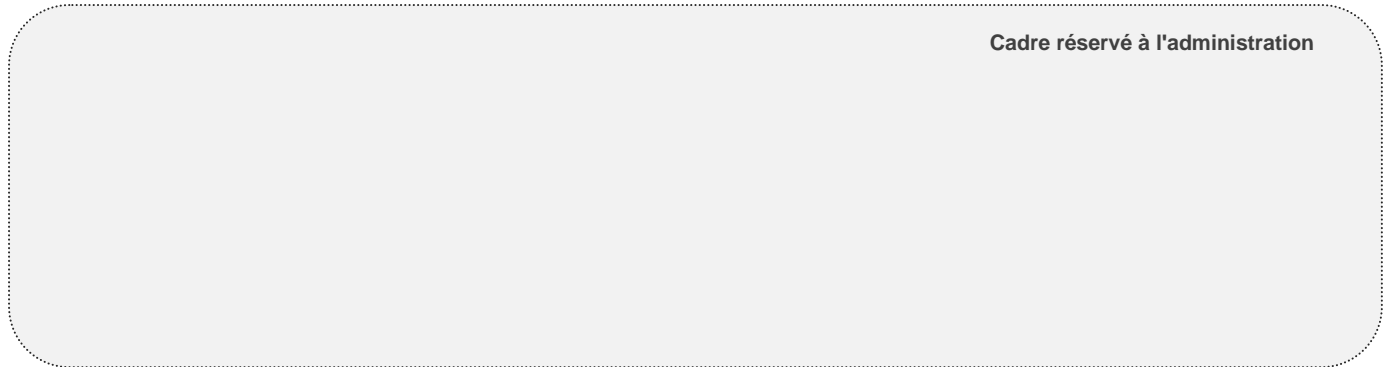
Nombre d'heures que vous souhaitez mobiliser au titre du CPF pour cette action de formation

- sur le temps de travail (prioritairement) :

- hors temps de travail (en complément) :

Dont nombre d'heures par anticipation :

Coût de la formation (TTC) :€



Rappel des pièces à joindre obligatoirement au dossier :

- Curriculum Vitae ;
- Lettre de motivation (maximum 2 pages) : non obligatoire si vous avez renseigné tous les champs de la page 1 de ce formulaire ;
- Pour chaque action de formation envisagée en dehors du Plan académique de formation :
 - deux devis (organismes différents pour mise en concurrence)
 - les programmes de formation associés aux devis
 - les calendriers de formation associés aux devis
- Relevé compteur CPF édité par l'agent à partir de la plateforme "moncompteactivité.gouv.fr" ;
- Le cas échéant, avis du médecin du travail ou de prévention pour prévenir l'inaptitude aux fonctions exercées.

Cadre réservé à l'administration

Je certifie avoir pris connaissance des conditions d'utilisation du CPF (Circulaire rectorale, annexes et textes de référence).

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 à, le/...../.....

Signature :

Responsable hiérarchique ou inspecteur de circonscription pour le 1er degré

Nom Prénom

Fonction

Date de réception de la demande :

Avis motivé obligatoire :
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Fait à, le/...../..... Signature :

Partie réservée à l'administration

Conseiller Mobilité Carrière

Nom Prénom

Date de réception de la demande :/...../.....

Avis motivé obligatoire:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à, le/...../..... Signature :

Avis de la commission

Refus

Motivations :

.....

.....

.....

.....

.....

Accord partiel ou conditionnel (la demande doit être modifiée)

Motivations et conditions de l'acceptation :

.....

.....

.....

.....

.....

Nombre d'heures mobilisées :

Montant de la prise en charge

Coût de la formation (TTC) :€

Nombre d'heures supplémentaires pour inaptitude médicale aux fonctions exercées :

Accord

Nombre d'heures mobilisées :

Montant de la prise en charge

Coût de la formation (TTC) :€

Nombre d'heures supplémentaires pour inaptitude médicale aux fonctions exercées :