

ANNEXE 1

**BAREME APPLICABLE
AUX DEMANDES DE CONGE DE FORMATION PROFESSIONNELLE
des personnels enseignants du second degré, d'éducation et des PSY-EN
Rentrée scolaire 2026**

Les ETP disponibles seront distribués par corps au prorata du nombre de demandes, selon le barème ci-après :

Ancienneté Générale de Services	2 points par année dans la limite de 50 points (25 ans)
Nombre de demandes antérieures portant sur le même projet déjà déposées et non satisfaites	5 points par demandes antérieures
Prolongation d'une demande ayant déjà été satisfaite (dans la limite de 12 mois)	50 points
Motif de la demande	- 40 points : Préparation concours dans la Fonction Publique - 30 points : Formation dans la discipline (y compris thèse) - 20 points : Autres formations Education nationale - 10 points : Autres formations
Bi-admissibilité à l'agrégation	10 points
Admissibilité à l'agrégation dans les 5 années précédentes : 2021 à 2025 (non cumulable avec le point ci-dessus) : Justificatif à fournir par le candidat	10 points uniquement pour les demandes portant sur une préparation à l'agrégation
Les personnels déposant leur demande au titre d'un même projet au minimum pour la 4 ^{ème} fois et justifiant d'une ancienneté générale de service au 31/08/2026 supérieure ou égale à 15 ans bénéficieront d'une bonification complémentaire	5 points

Les demandes émanant des personnels à besoins particuliers (situation RH) seront étudiées hors barème.

ANNEXE 2

**DEMANDE DE CONGE DE FORMATION PROFESSIONNELLE
AU TITRE DU DECRET n° 2007-1470 du 15 octobre 2007**

PERSONNELS TITULAIRES – rentrée scolaire 2026

**A retourner par courriel à dpe-poletrans4@ac-normandie.fr
pour le 6 janvier 2026 au plus tard**

Je soussigné(e)

NOM : **PRENOM :**

GRADE : **Date de naissance :**

Discipline enseignée :

Etablissement d'exercice :

Dernier diplôme obtenu : **Date d'obtention :**

Admissibilités : (joindre les attestations correspondantes)

⇒ à l'agrégation ☐ ⇒ au CAPES ☐
⇒ au CAPET ☐ ⇒ au CAPLP ☐

demande à bénéficier d'un congé de formation professionnelle au titre du décret n° 2007-1470 du 15/10/2007.

- Avez-vous déjà bénéficié d'un congé de formation professionnelle ? OUI ☐ NON ☐

nombre de mois obtenu : et en quelle année :

- Avez-vous déjà déposé une demande de congé de formation professionnelle antérieurement ? OUI ☐ NON ☐

si oui, nombre de demandes présentées avant la présente demande :

année(s) de dépôt des précédentes demandes :

DESIGNATION EXACTE DE LA FORMATION ENVISAGEE (joindre obligatoirement une lettre de motivation) :

Diplôme, examen, concours préparé :

Date de début de la formation sollicitée : Date de fin :

Durée (en mois) : A temps complet ☐ A ½ temps ☐

Nom et adresse de l'organisme qui la dispense :

Lieu de la formation :

Pour les demandes portant sur la réalisation d'une fin de thèse :

fournir obligatoirement l'attestation du directeur de thèse précisant la période de soutenance.

Quels sont vos objectifs à l'issue de votre congé de formation professionnelle :

Avez-vous l'intention de présenter :

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| - Une demande de mutation hors de l'académie de Normandie | OUI ☐ | NON ☐ |
| - Une demande de mutation dans l'académie de Normandie | OUI ☐ | NON ☐ |

Je soussigné(e)

NOM :

PRENOM :

- m'engage, dans l'hypothèse où ma demande serait acceptée, à rester au service de la Fonction publique, à l'expiration de ce congé, pendant une période d'une durée égale au triple de celle pendant laquelle l'indemnité mensuelle m'aura été versée et à rembourser le montant de cette indemnité en cas de non-respect de cet engagement.
- 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.
- déclare avoir pris connaissance des dispositions de la note de service n° 89-103 du 28 avril 1989, en ce qui concerne
 - ⇒ - Les obligations incombant aux fonctionnaires placés en congé de formation ;
 - ⇒ - La durée maximale du versement de l'indemnité mensuelle forfaitaire (12 mois) ;
 - ⇒ - L'obligation de paiement des retenues pour pension.

A..... Le.....

**Signature précédée de la mention manuscrite
« Lu et approuvé »**

Avis du Chef d'établissement - à porter à la connaissance de l'intéressé(e)

☐ Accord

☐ Refus (à motiver obligatoirement)

Date :

Signature de l'intéressé(e)

Date :

Signature du Chef d'établissement

ANNEXE 3

**DEMANDE DE CONGE DE FORMATION PROFESSIONNELLE
AU TITRE DU DECRET n° 2007- 1942 du 26 décembre 2007**

PERSONNELS NON TITULAIRES – rentrée scolaire 2026

**A retourner par courriel à dpe-poletrans4@ac-normandie.fr
pour le 6 janvier 2026 au plus tard**

Je soussigné(e)

NOM : **PRENOM :**

GRADE : **Date de naissance :**

Discipline enseignée :

Etablissement d'exercice :

Dernier diplôme obtenu : **Date d'obtention :**

Admissibilités : (joindre les attestations correspondantes)

⇒ à l'agrégation ☐ ⇒ au CAPES ☐
⇒ au CAPET ☐ ⇒ au CAPLP ☐

demande à bénéficier d'un congé de formation professionnelle au titre du décret n° 2007-1942 du 26/12/2007.

Date de la 1ère nomination dans l'Education nationale :

Ancienneté cumulée dans l'Education nationale :

- Avez-vous déjà bénéficié d'un congé de formation professionnelle ? OUI ☐ NON ☐

nombre de mois obtenu : et en quelle année :

- Avez-vous déjà déposé une demande de congé de formation professionnelle antérieurement ? OUI ☐ NON ☐

si oui, nombre de demandes présentées avant la présente demande :

année(s) de dépôt des précédentes demandes :

DESIGNATION EXACTE DE LA FORMATION ENVISAGEE (joindre obligatoirement une lettre de motivation) :

.....
.....

Diplôme, examen, concours préparé :

Date de début de la formation sollicitée : **Date de fin :**

Durée (en mois) : **A temps complet** ☐ **A ½ temps** ☐

Nom et adresse de l'organisme qui la dispense :

.....

Lieu de la formation :

Pour les demandes portant sur la réalisation d'une fin de thèse :

fournir obligatoirement l'attestation du directeur de thèse précisant la période de soutenance.

Quels sont vos objectifs à l'issue de votre congé de formation professionnelle :

Je soussigné(e)

NOM :

PRENOM :

- 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.
- déclare avoir pris connaissance des dispositions de la note de service n° 89-103 du 28 avril 1989, en ce qui concerne :
 - ⇒ - Les obligations incombant aux agents de l'Etat placés en congé de formation ;
 - ⇒ - La durée maximale du versement de l'indemnité mensuelle forfaitaire (12 mois) ;

A..... Le.....

**Signature précédée de la mention manuscrite
« Lu et approuvé »**

Avis du Chef d'établissement - à porter à la connaissance de l'intéressé(e)

☐ Accord

☐ Refus (à motiver obligatoirement)

Date :

Signature de l'intéressé(e)

Date :

Signature du Chef d'établissement