

CONGÉ DE FORMATION PROFESSIONNELLE

EXERCICE EN ÉTABLISSEMENT RELEVANT DE L'ÉDUCATION PRIORITAIRE

Je soussigné

Nom :

Prénom :

Professeur de :

certifie avoir exercé dans l'établissement suivant relevant de l'éducation prioritaire REP – REP+ :

Nom de l'établissement :

Adresse de l'établissement :

Académie de

Durant la période du

Au

NB : la bonification pour exercice **continu** en établissement REP ou REP+ est attribuée **uniquement en cas d'exercice effectif des fonctions pendant une durée de 3 ans**.

Les années effectuées en REP – REP+ dans une autre académie, si elles précèdent immédiatement l'affectation actuelle en éducation prioritaire dans l'académie de Lyon, sont prises en compte dès lors qu'elles sont justifiées (voir annexe 2).

Je déclare exacts les renseignements ci-dessus.

A le
Signature

Visa du chef d'établissement :

J'atteste l'exactitude des renseignements ci-dessus.

A le
Le chef d'établissement