

Appel à candidature « chargé de mission » post-bac CAAES

INTITULÉ DU POSTE : Chargé de mission	CATÉGORIE : A Contractuel
INTITULÉ DU RÉCRUTEUR : Rectorat de l'académie de Lyon	ORGANISME DE RATTACHEMENT : Ministère de l'éducation nationale de l'enseignement supérieur et de la recherche
DOMAINE FONCTIONNEL : Éducation et formation tout au long de la vie	EMPLOI TYPE :
DATE DE DISPONIBILITÉ : 01/03/2020 au 31/12/2020	LOCALISATION GÉOGRAPHIQUE : Rectorat
<p>DESCRIPTION DE L'EMPLOYEUR :</p> <p>L'académie de Lyon regroupe trois départements (l'Ain, la Loire et le Rhône).</p> <p>La délégation de région académique à l'information et à l'orientation – site de Lyon (DRAIO) met en œuvre la politique éducative définie par le ministre de l'éducation nationale et conduite par monsieur le recteur de région académique.</p>	
<p>DESCRIPTION DU POSTE :</p> <p>Dans le cadre de la politique éducative liée à Parcoursup vous participez à l'accompagnement des candidats dans cette procédure.</p> <p>Vous travaillez en équipe sur les problématiques liées à Parcoursup et sur la diffusion de l'information concernant cette procédure.</p>	
<p>MISSION DU POSTE :</p> <p>Au sein du « pôle post-baccalauréat » de la délégation de région académique à l'information et à l'orientation – site de Lyon (DRAIO) vous serez amené à :</p> <p>REPENDRE AUX CANDIDATS PARCOURSUP (téléphone et messagerie électronique)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analyser la demande - Accompagner les candidats et les familles dans leurs démarches - Produire une réponse adaptée - Echanger en équipe sur les problématiques rencontrées <p>Principales compétences : capacités d'analyse et de synthèse, écoute, bienveillance, communication orale et écrite, travail en équipe.</p> <p>ORGANISER LA CAAES (commission académique d'accès à l'enseignement supérieur)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recueillir et traiter les demandes des candidats - Préparer les dossiers des candidats pour la commission - Inviter les membres de la commission - Etre en lien avec les établissements proposant des formations dans l'enseignement supérieur - Répartir le travail lors des commissions - Suivre les candidatures et les propositions - Saisir les propositions sur Parcoursup <p>Principales compétences : gestion de projet, animation de groupe, élaboration d'outils de suivi et d'évaluation.</p> <p>COMMUNIQUER</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réaliser des bilans intermédiaires et un bilan final - Préparer un bilan synthétique sur la CAAES en vue d'une diffusion large - Travailler en collaboration avec le pôle « numérique et études » de la DRAIO <p>Principales compétences : capacités de synthèse, travail en équipe, rédaction.</p>	

PROFIL DU CANDIDAT :

Formation bac +4 ou bac +5 dans le domaine de la psychologie du travail, de la communication, ou des sciences humaines

Compétences attendues :

- Ecoute, bienveillance, organisation ;
- Travail en équipe ;
- Qualité de rédaction, de présentation et de communication ;
- Autonomie, discrétion
- Savoir rendre compte

Des connaissances solides :

- Du système éducatif et de l'enseignement supérieur
- Du pack office (Word, Excel)

PERSONNE A CONTACTER :

Les candidatures accompagnées d'une lettre de motivation et d'un CV seront à adresser **dans un délai de 15 jours à compter de la publication de l'annonce** à :

Monsieur Yves Flammier, délégué de région académique à l'information et à l'orientation
92, rue de Marseille – BP 7227
69354 Lyon cedex 07

draio@region-academique-auvergne-rhone-alpes.fr

DOSSIER D'INSCRIPTION DU VACANCIER

ÉTÉ 2020

Liste des 4 pièces nécessaires à la constitution du dossier complet :

- Fiche 1 – Réservation du séjour, jointe (à compléter)
- Fiche 2 – Autonomie, jointe (à compléter)
- Fiche 3 – Santé, jointe en double exemplaire (à faire compléter par le médecin traitant du vacancier et à nous retourner sous deux enveloppes cachetées – une enveloppe par exemplaire)
- Avis d'imposition : photocopie du dernier avis d'impôt sur les revenus de l'année N-1 de la famille (s'assurer que le montant du revenu brut global et le nombre de parts sont bien lisibles)

Notre assistance téléphonique est à votre disposition pour vous aider à compléter ce dossier. Vous pouvez nous joindre au **01 40 47 24 23**, du **lundi au vendredi de 10h à 12h et de 14h à 16h**, ou nous envoyer un courrier électronique à l'adresse suivante : cva@mgen.fr. Si vous préférez remplir le dossier avec l'aide d'un délégué départemental, n'hésitez pas à vous rendre dans votre section départementale MGEN.

Dossier complet à nous retourner dans l'enveloppe T ci-jointe.

Si votre dossier complet nous parvient **avant le 31 janvier 2020**, il sera instruit à la première Commission Technique qui se tiendra durant la première quinzaine de février 2020. Sinon, il sera instruit à la seconde Commission qui se tiendra durant la première quinzaine de mars 2020 (Commission constituée de représentants MGEN et APAJH).

ATTENTION Il n'est plus demandé aux familles de verser des arrhes. Le séjour sera automatiquement réservé après passage en Commission technique, et définitivement validé après réception du règlement total.

Vous serez avisé de l'attribution de votre séjour par courrier dans les jours suivant la Commission technique, ainsi que du montant total à régler. Dès réception de ce paiement, vous recevrez par courrier votre dossier de vacances, qui comprendra notamment les éléments suivants :

- la fiche Trousseau
- la fiche Autorisation
- la fiche Droit à l'image
- l'Attestation sur l'honneur

Si dossier déposé en section,
indiquez ici la date du dépôt /..... /.....

FICHE I

RÉSERVATION DU SÉJOUR ÉTÉ 2020

■ PARENT ADHÉRENT BÉNÉFICIAIRE

Vous êtes Agent ou ancien agent de l'Education nationale (ou d'un employeur rattaché à l'Education nationale)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Numéro adhérent MGEN	

	Parent adhérent bénéficiaire	Personne désignée en charge du dossier (si différente)
Nom		
Prénom		
Adresse postale (rue, code postal, ville)		
Téléphone (portable ou fixe)		
Adresse électronique		

■ VACANCIER BÉNÉFICIAIRE DU SÉJOUR

Photo	Nom	Prénom

Date de naissance	Âge au moment du séjour	Sexe	Niveau d'autonomie (cf page 32 du catalogue)	Déplacement en fauteuil roulant
..... /..... /.....			<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Semi-autonome <input type="checkbox"/> Dépendant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Adresse postale (rue, code postal, ville) *si différente du parent bénéficiaire*

■ SÉJOUR CHOISI (UN SEUL SÉJOUR PAR VACANCIER SUR LA SAISON 2020)

Site ¹ (un seul site possible)	Date de début de séjour ^{2,3} (une seule date possible)	Durée du séjour ^{2,4} (un seul choix possible)
 / /	<input type="checkbox"/> 1 semaine <input type="checkbox"/> 2 semaines <input type="checkbox"/> 3 semaines

1. Assurez-vous que le site indiqué est adapté au niveau d'autonomie du vacancier.

2. Assurez-vous que la date et la durée de séjour indiquées correspondent à la période d'ouverture du site.

3. Les séjours se déroulent du lundi au lundi, sauf à Riec-sur-Belon où ils se déroulent du samedi au samedi.

4. Les séjours les plus longs sont attribués en priorité.

Le séjour indiqué vous sera attribué selon la capacité d'accueil de chaque site par niveau d'autonomie et dans la limite des places disponibles. Dans le cas où le séjour indiqué ne pourrait vous être attribué, nous vous proposerons un autre séjour au plus proche de vos souhaits. Merci de noter ci-dessous de 1 à 3 les critères de choix par ordre d'importance (1 étant le plus important) :

- Site
- Date de début de séjour
- Durée du séjour

Si vous désirez le rapprochement de la fratrie, d'un couple ou d'un(e) ami(e) sur le même séjour (sous réserve de l'autonomie respective des vacanciers et des places disponibles), merci de renseigner ci-dessous les nom, prénom et date de naissance de l'autre vacancier concerné :

Nom	Prénom	Date de naissance
	 / /

Pour les séjours à Riec-sur-Belon uniquement

La réservation de l'hébergement sur place des familles se fait directement auprès du Domaine, en adressant un mail à domaineporteneuve@mgen.fr. Celle-ci sera définitive sous réserve de l'attribution effective, par la Commission Technique, du séjour du vacancier en centre de loisirs.

■ TRANSPORTS COLLECTIFS PROPOSÉS ET ORGANISÉS PAR L'APAJH

Si vous n'avez pas la possibilité d'assurer par vos propres moyens le transport du vacancier jusqu'au centre de vacances, une solution de transport collectif en minibus pourra être mise en place sous réserve d'un nombre suffisant de participants. Le transport collectif est organisé au départ de Paris uniquement (aller et/ou retour) : la famille accompagne le vacancier par ses propres moyens jusqu'au point de rendez-vous, où le vacancier est pris en charge par les équipes APAJH.

Le transport s'effectue en minibus depuis Paris jusqu'au centre d'accueil (ou en avion puis minibus pour le séjour en Guadeloupe). Les minibus réservés sont adaptés aux personnes en situation de handicap.

Le coût du transport s'ajoute au coût de la réservation de séjour, et est à la charge des familles, qui devront le régler dès réception de la facturation, séparément du règlement du séjour. Attention : une fois le séjour réservé, il n'est plus possible de modifier l'option de transport choisie.

Merci d'indiquer ci-dessous si vous êtes intéressé(e) par une solution de transport collectif (plusieurs cases possibles) :

- Transport collectif à l'aller
 Transport collectif au retour
 Pas intéressé(e)

Informations transmises à l'APAJH lors de la Commission technique.

FICHE 2

AUTONOMIE

Nous vous demandons un soin particulier à cette fiche, elle permettra à l'équipe d'encadrement d'appréhender le niveau d'handicap du vacancier et aussi contribuer à son meilleur accueil.

Votre niveau d'autonomie

- Bonne autonomie** : vous êtes dynamique, la présence de l'encadrement est discrète.
- Peu d'autonomie** : vous avez besoin d'une aide effective dans les actes de la vie quotidienne et d'un encadrement ponctuel.
- Dépendance très importante** : vous avez besoin d'un encadrement rapproché et permanent, nécessitant des locaux et matériels appropriés.

Vos déplacements

- Vous êtes un bon marcheur
- Vous montez des escaliers sans difficulté
- Vous êtes fatigable à la marche
- Vous marchez avec l'aide d'un tiers ou d'un matériel adapté

Si oui, répondez aux questions suivantes :

- Avez-vous besoin d'un déambulateur ou de béquilles pour vous déplacer ? Oui Non
- Avez-vous un fauteuil roulant manuel ?
 - De manière permanente
 - Pour vos déplacements extérieurs
- Avez-vous un fauteuil roulant électrique ? Oui Non
- Y a-t-il restrictions à rester en position assise ? Oui Non
Si oui, nombre d'heures maximum
- Portez-vous ou utilisez-vous d'autres matériels (chaussures orthopédiques, attelles...) Oui Non
- Avez-vous besoin de marcher quelques minutes dans la journée ? Oui Non
- Êtes-vous capable de faire vos transferts ? (fauteuil>lit et fauteuil>toilettes) Oui Non
Si oui, de combien de personnes avez-vous besoin pour vous aider ?
- Décrivez-nous la méthode de transfert à employer/vos habitudes/l'aide qu'on peut vous fournir
- Que vous vous déplaciez en fauteuil simple ou en fauteuil avec coque adaptée, pouvez-vous voyager en dehors de votre appareillage ? Oui Non
Si oui, combien de temps ?

Vos modes d'expression et de communication

- Décrivez-nous les gestes principaux et leurs significations :
.....
.....
.....
.....

- Avez-vous des difficultés pour vous exprimer et vous faire comprendre ?

- Savez-vous Lire Écrire
- Avez-vous des difficultés auditives ? Oui Non
si oui, portez-vous :
 - Un appareil auditif ?
 - Un autre appareil (ex : casque filtrant).....
.....

- Avez-vous des difficultés visuelles ? Oui Non
si oui :
 - Portez-vous des lunettes ?
 - Êtes-vous malvoyant ou non voyant ?Commentaires éventuels

Vos habitudes de vie

■ Alimentation/Goûts alimentaires

- De manière générale, qu'est-ce que vous aimez /n'aimez pas :
.....
.....
- Que prenez-vous au petit déjeuner ?
- Suivez-vous un régime alimentaire particulier ?
 - Oui Non
- Avez-vous des allergies alimentaires ?
 - Oui Non
 - Si oui, lesquelles ?
- Portez-vous une prothèse dentaire ?
 - Oui Non Inférieur Supérieur
- Avez-vous besoin que votre nourriture soit mixée ?
 - Oui Non
- Avez-vous besoin que votre nourriture soit hâchée ?
 - Oui Non
- Avez-vous besoin d'aide pour manger ?
 - Oui Non
- Avez-vous besoin d'aide pour boire ?
 - Oui Non
- Consommez-vous de l'eau gélifiée ?
 - Oui Non

■ Hygiène

- Avez-vous besoin d'une prise en charge totale ? Oui Non
- Avez-vous besoin d'aide ? Oui Non
 - Pour vous laver ? Oui Non
 - Pour vous habiller ? Oui Non
- Si oui, répondez aux questions suivantes :
 - ❖ Avez-vous besoin :
 - d'une chaise pour prendre votre douche
 - d'un lit-douche pour prendre votre douche
 - d'aide pour aller aux toilettes
 - ❖ Portez-vous des protections :
 - le jour
 - la nuit
- Si vous êtes un homme, vous rasez-vous seul ?
 - A l'aide d'un rasoir électrique
 - A l'aide d'un rasoir mécanique
- Portez-vous des prothèses autres que dentaires et auditives, nécessitant une attention lors des soins d'hygiène ? Oui Non
 - Si oui, quel type de prothèses et quel protocole à suivre :
.....
.....
.....

■ Sommeil

- Dormez-vous bien ? Oui Non
- Faites-vous une sieste en journée ? Oui Non
- Avez-vous des difficultés pour vous endormir ? Oui Non
- Avez-vous besoin d'être réveillé(-e) la nuit pour aller aux toilettes ? Oui Non
- Quelles sont vos habitudes au moment d'aller dormir ?
.....
.....

■ Matériel

- Utilisez-vous un lit médicalisé ? Oui Non
- Avez-vous besoin d'un matelas anti-escarres ? Oui Non
- Utilisez-vous un lève-personne ? Oui Non
- Avez-vous besoin d'une contention ? Oui Non
- Matériel utilisé pour la contention :
-
-

Vos habitudes de vie

■ Généralités

- Êtes-vous fumeur(-se)
 - Si oui, quelle est votre consommation de tabac ?
 - ❖ Par jour :
 - ❖ Par semaine :
 - ❖ Gérez-vous seul(e) votre consommation de tabac ?
 Oui Non
- De manière occasionnelle consommez-vous de l'alcool ? Oui Non
(sauf contre-indication et incompatibilité médicale)
- Gérez-vous seul(-e) votre argent de poche ? Oui Non

■ Loisirs

- Quelles sont les activités que vous appréciez ?
 - ❖ Dans votre quotidien
 - Activités manuelles :

- Activités sportives :

❖ Pendant vos vacances

- Activités manuelles :

- Activités sportives :

- Savez-vous nager ? Oui Non
- Êtes-vous autorisé(e) à nager ? Oui Non
- Pouvez-vous pratiquer des activités nautiques ? Oui Non
- Savez-vous faire du vélo ? Oui Non
- Avez-vous peur des animaux ? Oui Non
 - Si oui, lesquels ?

- De manière générale, comment occupez-vous votre temps libre ?

Courrier(s)/Téléphone

- Posséderez-vous un téléphone portable au cours du séjour ? Oui Non
- A qui souhaitez-vous écrire ou téléphoner au cours du séjour ?
Noms, prénoms, lien de parenté/d'amitié, adresse complète et téléphone
.....
.....
.....

Relation à l'autre

- Comportement social** : vous n'avez pas de difficulté à lier connaissance.
- Comportement ritualisé repérable** : vous pouvez être instable dans vos modes de relation, vous ne vous mettez pas en danger mais vous pouvez avoir des périodes de grande angoisse et de retrait.
- Comportement instable et atypique** : vous pouvez connaître de grandes angoisses par crises, avec risque d'auto-mutilation et/ou agression.
- Pouvez-vous avoir des **comportements dangereux/violents** envers les autres ? Oui Non
 - Si oui, de quel(-s) comportement(-s) s'agit-il (agressions verbales, physiques, gestuelles, comportements déviants, autres) ?
.....
.....
- Pouvez-vous avoir des comportements dangereux/violents envers vous-même ? Oui Non
 - Si oui, de quel(-s) comportement(-s) s'agit-il ?
.....
.....

- Vous arrive-t-il de partir sans prévenir (risque de fugue) ?
 Oui Non

FICHE 3

SANTÉ

Deux exemplaires à faire remplir par le médecin traitant puis à nous retourner avec le dossier, dans deux enveloppes séparées et fermées.

Nom et prénom du vacancier

- Âge :
- Poids :
- Taille :

Renseignements médicaux

- Description aussi précise que possible des limitations fonctionnelles :
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Examen

- Cardiaque
- Pulmonaire
- Digestif
- Uro-génital

Troubles divers

- Troubles de la vue : Oui Non
- Troubles de l'ouïe : Oui Non
- Troubles comportementaux : Oui Non
- Troubles de la parole : Oui Non
- Énurésie : Oui Non
- Encoprésie : Oui Non
- Ethylisme : Oui Non
- Asthme : Oui Non

Etat de santé général :

- Doit-on s'attendre à des crises comitiales ? Oui Non
- Manifestation habituelle :

• Fréquence :

• Maladies et accidents (dates) :

• Interventions chirurgicales récentes :

• Précautions particulières à prendre pendant le séjour, incidents à craindre :

• Le vacancier est-il soumis à un régime alimentaire ?
Lequel ?

Les prescriptions :

- Tous les vaccins sont-ils à jour ? Oui Non
 - Méningocoque C Oui Non
 - Rotavirus Oui Non
- Le vacancier fume-t-il ? Oui Non

Traitement

- Le vacancier a-t-il un traitement médical permanent ? Oui Non
- Ce traitement doit-il être poursuivi pendant le séjour ? Oui Non
- Le vacancier prend-il ses médicaments seul ? Oui Non
- Le vacancier a-t-il des soins infirmiers réguliers ? Oui Non
Préciser le type de prise en charge (joindre l'ordonnance)
- Le vacancier a-t-il des soins de kinésithérapie ? Oui Non
Préciser le type de prise en charge (joindre l'ordonnance)

Matériel

- Porte-t-il un matériel spécifique ? Oui Non
- Si oui, lequel :

Contre-indications

- Allergies médicamenteuses :
- Sportives :
- Baignade :
- Divers :

Remettre obligatoirement au moment du départ les semainiers pour la durée du séjour avec les médicaments en quantité suffisante au directeur ou à son représentant, l'ordonnance médicale, la photocopie du carnet de vaccination et éventuellement les prescriptions pour le régime alimentaire.

• CERTIFICAT D'ADMISSION EN SÉJOUR DE VACANCES POUR 2020 •

Je soussigné(e), Docteur certifie exact l'ensemble des informations médicales portées au présent dossier médical, certifie que Mme ou M. peut être admis(e) pour un séjour de 1 à 3 semaines dans un centre de vacances dont le taux d'encadrement est adapté aux situations de dépendance, compte tenu que ces centres pour séjours d'été type «colonies» ne sont pas des établissements sanitaires, et autorise Mme ou M. à la baignade.

A, le

Signature et cachet du Médecin :

FICHE 3

SANTÉ

Deux exemplaires à faire remplir par le médecin traitant puis à nous retourner avec le dossier, dans deux enveloppes séparées et fermées.

■ Nom et prénom du vacancier

- Âge :
- Poids :
- Taille :

Renseignements médicaux

- Description aussi précise que possible des limitations fonctionnelles :

■ Examen

- Cardiaque
- Pulmonaire
- Digestif
- Uro-génital

■ Troubles divers

- Troubles de la vue : Oui Non
- Troubles de l'ouïe : Oui Non
- Troubles comportementaux : Oui Non
- Troubles de la parole : Oui Non
- Énurésie : Oui Non
- Encoprésie : Oui Non
- Ethylisme : Oui Non
- Asthme : Oui Non

Etat de santé général :

- Doit-on s'attendre à des crises comitiales ? Oui Non
- Manifestation habituelle :

• Fréquence :

• Maladies et accidents (dates) :

• Interventions chirurgicales récentes :

• Précautions particulières à prendre pendant le séjour, incidents à craindre :

• Le vacancier est-il soumis à un régime alimentaire ?
Lequel ?

Les prescriptions :

- Tous les vaccins sont-ils à jour ? Oui Non
 - Méningocoque C Oui Non
 - Rotavirus Oui Non
- Le vacancier fume-t-il ? Oui Non

■ Traitement

- Le vacancier a-t-il un traitement médical permanent ? Oui Non
- Ce traitement doit-il être poursuivi pendant le séjour ? Oui Non
- Le vacancier prend-il ses médicaments seul ? Oui Non
- Le vacancier a-t-il des soins infirmiers réguliers ? Oui Non
Préciser le type de prise en charge (joindre l'ordonnance)
- Le vacancier a-t-il des soins de kinésithérapie ? Oui Non
Préciser le type de prise en charge (joindre l'ordonnance)

■ Matériel

- Porte-t-il un matériel spécifique ? Oui Non
 - Si oui, lequel :

■ Contre-indications

- Allergies médicamenteuses :
- Sportives :
- Baignade :
- Divers :

Remettre obligatoirement au moment du départ les semainiers pour la durée du séjour avec les médicaments en quantité suffisante au directeur ou à son représentant, l'ordonnance médicale, la photocopie du carnet de vaccination et éventuellement les prescriptions pour le régime alimentaire.

• CERTIFICAT D'ADMISSION EN SÉJOUR DE VACANCES POUR 2020 •

Je soussigné(e), Docteur certifie exact l'ensemble des informations médicales portées au présent dossier médical, certifie que Mme ou M. peut être admis(e) pour un séjour de 1 à 3 semaines dans un centre de vacances dont le taux d'encadrement est adapté aux situations de dépendance, compte tenu que ces centres pour séjours d'été type «colonies» ne sont pas des établissements sanitaires, et autorise Mme ou M. à la baignade.

A , le

Signature et cachet du Médecin :

**DEMANDE DE CONGÉ DE FORMATION PROFESSIONNELLE
ANNÉE 2020-2021**

- des personnels administratifs, techniques, sociaux, de santé
- des personnels ingénieurs et techniciens de recherche et de formation
- des AESH

Je soussigné(e) Mme, Mlle, M. (nom - prénom)

Titulaire Non titulaire

Date de naissance : Numéro de sécurité sociale :

Adresse personnelle :

Tél. :

Grade :

Établissement (ou service) :

Nature des fonctions exercées :

Diplômes obtenus et dates d'obtention ⁽¹⁾ :

Ancienneté de services (service national et disponibilité exclus) en qualité de :

Titulaire à temps complet : années mois

Titulaire à temps partiel : années mois

Non titulaire et stagiaire : années mois

Avez-vous déjà bénéficié au cours de votre carrière d'un congé de formation professionnelle ?

OUI NON

Si oui, date et durée :

Demande à bénéficier d'un congé au titre du décret susvisé pour suivre la formation suivante :

- Intitulé :

- **Durée** : 6 mois 9 mois 10 mois autres (à développer)

- **Indiquer impérativement :**

- Dates de début et de fin de la formation ⁽²⁾ :
- Nombre de jours concernés :
- Nombre d'heures concernées :

- Organisme responsable :

- Lieu de formation :

- Modalités demandées⁽⁴⁾ - Quotité : mi-temps temps complet

- Bénéfice d'un logement de fonction pour nécessité absolue de service (NAS) : OUI NON

Joindre obligatoirement une lettre de motivation pour cette demande de CFP.

Avis du chef d'établissement ou du chef de service :

A _____, le
Signature

(1) joindre les justificatifs.

(2) joindre une attestation de formation

(3) cocher les cases correspondantes

ENGAGEMENT

Je m'engage, dans l'hypothèse où ma demande serait acceptée, à rester au service de l'État, à l'expiration de ce congé, pendant une période d'une durée égale au triple de celle pendant laquelle l'indemnité mensuelle ou forfaitaire m'aura été versée et à rembourser le montant de cette indemnité en cas de non respect de cet engagement.

Je 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.

Je m'engage à fournir à mon chef d'établissement ou de service, à la fin de chaque mois, une attestation prouvant ma présence effective en formation.

Je déclare avoir pris connaissance des dispositions suivantes concernant notamment :

- 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.

Adresse lors du congé de formation professionnelle :

.....

.....

RAPPEL

- Solliciter votre réintégration (ou votre maintien en congé de formation pour une nouvelle période), **DEUX MOIS** avant l'expiration du congé en cours.

A _____, le

Signature précédée de la mention manuscrite "Lu et approuvé"