

**Formulaire de demande d'utilisation du
compte personnel de formation 2023-2024**

Tous les champs de ce formulaire sont obligatoires.

NOM :	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
PRÉNOM :	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
ADRESSE ET VILLE :	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
FONCTION ACTUELLE :	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
ÉTABLISSEMENT :	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
TÉLÉPHONE :	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
COURRIEL (<i>académique</i>) :	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
N° DE SÉCURITE SOCIALE :	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
NIVEAU D'ÉTUDES :	(<i>CAP, BEP, licence, ...</i>) Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
DERNIER DIPLÔME :	(<i>Bac pro, Master, ..., aucun</i>) Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

VOTRE PROJET D'ÉVOLUTION PROFESSIONNELLE

Décrivez votre projet :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Indiquez vos motivations :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Indiquez quelles compétences vous souhaitez acquérir à l'issue de votre formation :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Avez-vous rencontré votre conseiller R.H. de proximité pour définir votre projet ?

(Oui/Non)

Dans la négative, nous vous invitons à le rencontrer dès que possible afin de déterminer aux mieux votre projet professionnel :

Département	Conseiller	Courriel
Côte-d'Or Nord	Aurélie KOEHRER	rhproximite21nord@ac-dijon.fr
Côte-d'Or Sud	Elisa PEREIRA	rhproximite21sud@ac-dijon.fr
Saône-et-Loire Sud	Clémence BOXBERGER	rhproximite71sud@ac-dijon.fr
Saône-et-Loire Nord	Gaëlle ARRACHART-FOURIER	rhproximite71nord@ac-dijon.fr
Nièvre	Lawrence GUILLAUME	rhproximite58@ac-dijon.fr
Yonne	Véronique SIMON	rhproximite89@ac-dijon.fr

MOBILISATION DU CPF

Capital d'heures sur *moncompteactivite.gouv.fr* :

Nombre **total** d'heures que vous souhaitez mobiliser au titre du CPF pour l'année scolaire :

- Sur le temps de travail :
- Hors temps de travail :

Dont le nombre d'heures souhaité, si nécessaire, au titre de l'anticipation :

DÉTAIL DE L'ACTION DE FORMATION DEMANDÉE

Intitulé de la formation (joindre le programme)

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Organisme de formation

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Lieu de la formation (ville)

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Type de formation (certifiante, diplômante, ...) :

Niveau de formation : (*Aucun, Bac +1, ...*) Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Modalités

Durée totale (<i>en heures</i>) :		Dates : du	au
En présentiel (placez un X dans la case) :		A distance (placez un X dans la case) :	
Nombre d'heures en présentiel :		Nombre d'heures à distance :	
Coût pédagogique (<i>hors frais d'inscription</i>) :		Coût horaire :	

PARTIE RESERVEE AU RESPONSABLE HIERARCHIQUE

Nom du supérieur hiérarchique :

(Pour les AESH, document à transmettre au DASEN)

Fonction du supérieur hiérarchique :

Avis du supérieur hiérarchique :

Favorable :

Défavorable :

Motivation en cas de refus :

Fait le : à

Signature du supérieur hiérarchique :