ACADÉMIE
D'AIX-MARSEILLE
Liberté
Égalité
Fraternité

Direction des services départementaux
de l'éducation nationale
des Alpes-de-Haute-Provence

FORMULAIRE DE DEMANDE D'UTILISATION DU COMPTE

COMPTE PERSONNEL DE FORMATION

Pour les enseignants du 1 er degré

2025-2026 CAMPAGNE n°2

DOSSIER A RETOUNER A LA DSDEN-04

PGRHM ce.pgm04@ac-aix-marseille. **AVANT LE 15 octobre 2025**

- Nom : .....
- Prénom : .....
- Etablissement d'exercice : .....
- Ville : .....
- Adresse courriel ……..
- Corps : .....
- Grade : .....
- Niveau de diplôme : .....
- Position administrative : .....

Votre projet d'évolution professionnelle

- Vos fonctions actuelles :.....
  .....
- Types de fonctions, d'activités, de responsabilités ou promotion visées :.....
  .....
  .....
  .....
  .....
- Vos motivations : .....
  .....
  .....
  .....
  .....
  .....
  .....
  .....
  .....
  .....

- Quelles compétences souhaitez-vous acquérir ? .....
  .....
  .....
  .....
  .....
  .....

- Souhaitez-vous exercer cette nouvelle fonction □ à titre principal □ à titre accessoire

Nom - Prénom……

Mobilisation du CPF au titre de l'année 2025-2026

- Nombres d'heures disponibles sur votre compte CPF : .....
- Nombres d'heures à mobiliser pour la formation demandée : .....

- Durée totale de la formation : .....heures
- Durée sur temps de travail : .....heures
- Durée hors temps de travail :.....heures

Détail de la formation demandée :

- Intitulé de la formation (joindre le programme) : .....

  .....
- Type de formation (y compris bilan de compétence, VAE, préparation aux concours et examens professionnels, etc…) : .....

  .....
- Nom de l'organisme de formation : .....

  .....
- Lieu de formation :.....
- Coût pédagogique (HT) :.....

  (Joindre au moins deux devis)
- Durée totale en heures :.....

- Dates : du …. /…./…. au …./…./….

Je suis informé(e) que :

- En cas de participation à moins de 90% des heures prévues par la formation au titre du CPF l'administration ne règlera pas les frais pédagogiques.

- En cas de renoncement, je m'engage à le signaler au service à l'adresse suivante :

ce.pgm04@ac-aix-marseille.fr

Fait le …./…./……. à …… Signature de l'agent :

Partie à faire remplir par le supérieur hiérarchique ou l'inspecteur de circonscription :

Avis circonstancié : ☐ Favorable

☐ Défavorable

Motivations (obligatoire si refus) : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait le……/……/…. à …….

Nom, prénom du signataire : ……Signature :