



**Formulaire de demande de mobilisation du compte personnel de formation
(CPF) pour l'année scolaire 2023-2024**

Date limite de téléversement sur acver.fr/colibris
lundi 16 janvier 2023 inclus

Toute formation déjà commencée ou payée (partiellement ou en totalité) avant la demande de prise en charge ne peut faire l'objet d'une demande de financement au titre du CPF.

Vos contacts à l'E AFC :

Sabrina DESCHAMPS
01 30 83 46 41

Brigitte HEITZ
01 30 83 42 41

Véronique AUBIN
01 30 83 46 29

Carole LANGLET
01 30 83 46 27

Nom _____ Prénom _____
Date de naissance 00/00/0000 _____ Numéro de téléphone 00.00.00.00.00
Numéro INSEE _____
Corps/Grade _____ Discipline ou fonction _____
Etablissement d'affectation ou service _____

Titulaire : Non titulaire Adresse mel : _____@ac-versailles.fr

Date d'entrée dans la fonction publique : 00/00/0000
Nombre d'heures acquis au titre du CPF :

Votre projet d'évolution professionnelle

Type de fonctions, d'activités, de responsabilités ou promotion visées (joindre un Curriculum Vitae et une lettre de motivation)

Quelles compétences souhaitez-vous acquérir ?

Avez-vous rencontré un(e) conseiller(ère) mobilité carrière Oui Non
ou RH de proximité ? Le cas échéant, à quelle(s) date(s) ?

Avez-vous demandé un Congé de formation professionnelle (CFP) ? Oui Non
Le cas échéant, à quelle(s) date(s) ?

S'agit-il de votre 1^{re} demande de mobilisation de CPF ? Oui Non
Si « non », dates des demandes précédentes :

Je sollicite un crédit d'heures supplémentaires pour prévenir une inaptitude médicale aux fonctions exercées et je joins l'avis du médecin du travail ou de prévention Oui Non
(Article 59 de la loi 2019-828 du 16 août 2019 sur la transformation de la Fonction Publique ; Article 5 du décret 2017-928 du 6 mai 2017)

Nom : _____ Prénom : _____ Intitulé formation : _____
Affaire suivie par : E AFC VA – SD – BH – CL Date du groupe d'examen : _____
Objet de la mobilisation du CPF : transition prof. Qualification Développement compétences



Détail de la formation demandée

Vous devrez fournir deux devis d'organismes de formation précisant leur raison sociale, et pour chaque devis le programme, le calendrier et le coût de cette formation.

Formation demandée

Type de formation (bilan de compétences, préparation aux concours et examens professionnels, VAE, ...) :

Intitulé de la formation souhaitée :

Le suivi de cette formation nécessite un pré-requis ? Oui Non

Le cas échéant, lequel ?

Premier organisme de formation souhaité pour cette action de formation

Nom de l'organisme :

Modalités de la formation : Présentiel À distance Mixte

En cas de présentiel, lieu(x) de la formation :

Période de la formation : du _____ au :

Durée totale en heures :

Coût de la formation (TTC) : _____ €

Deuxième organisme de formation souhaité pour cette action de formation

Nom de l'organisme :

Modalités de la formation : Présentiel À distance Mixte

En cas de présentiel, lieu(x) de la formation :

Période de la formation : du _____ au :

Durée totale en heures :

Coût de la formation (TTC) : _____ €

Fait à le [Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.](#) Signature :

Rappel des pièces à joindre obligatoirement au dossier :

- Curriculum Vitae,
- Lettre de motivation (maximum 2 pages),
- 2 devis (organismes différents pour mise en concurrence),
- Relevé compteur CPF édité par l'agent à partir de la plateforme "moncompteactivité.gouv.fr",
- Le cas échéant, avis du médecin du travail ou de prévention pour prévenir l'inaptitude aux fonctions exercées.
S'il y a lieu, décision MDPH.

Pour les contractuels :

Nom : _____ Prénom : _____ Intitulé formation : _____
Affaire suivie par : EAFC VA – SD – BH – CL Date du groupe d'examen : _____
Objet de la mobilisation du CPF : transition prof. Qualification Développement compétences

- Copie du contrat et avenants s'y rattachant

Nom : Prénom : Intitulé formation :
Affaire suivie par : EAFC VA – SD – BH – CL Date du groupe d'examen :
Objet de la mobilisation du CPF : transition prof. Qualification Développement compétences



Avis du supérieur hiérarchique sur la demande et la compatibilité du calendrier de formation avec l'organisation du service.

Responsable hiérarchique

Nom

Prénom

Fonction

Date de réception de la demande :

Avis motivé sur la demande :

Si la formation se déroule en partie ou en totalité sur temps de service, avis sur la compatibilité du calendrier de formation avec l'organisation du service

Fait à _____,

le

Signature :

Nom :

Prénom :

Intitulé formation :

Affaire suivie par : EAFC

VA – SD – BH – CL

Date du groupe d'examen :

Objet de la mobilisation du CPF : transition prof.

Qualification

Développement compétences