**FORMULAIRE DE DEMANDE D’AUTORISATION D’ABSENCE**

**AFIN DE SUIVRE UNE FORMATION**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Civilité :** | | | | |
| Madame  Monsieur | | | Prénoms : | |
| Nom d’usage : | | | Nom de naissance : | |
| **Fonctions :** | | | | |
| Corps d’inspection | | | Chef d’établissement | |
| Enseignant du 1er degré | | | Enseignant du 2nd degré | |
| ATSS :  Administratif –  Santé –  Social  Affecté(e) au Rectorat  └> Adresse administrative si autre : | | | | |
| **Coordonnées :** | | | | |
| Téléphone : 0696 00 00 00 | Adresse mail :      @ac-martinique.fr | | | |
| **Informations relatives à la formation :** | | | | |
| Intitulé de la formation : | | | | |
| Dates de la formation : du XX/XX/XXXX au XX/XX/XXXX | | | | |
| Lieu de la formation : | | | | |
| Sortie de l’Académie :  NON  OUI : **L’agent autorisé à se déplacer dans le cadre de la**  **formation s’engage à rendre un rapport exhaustif**  **de sa mission à son supérieur hiérarchique dans**  **un délai de 15 jours suivant la fin de celle-ci.**  └> Signature : | | | |  |
| Date de départ : XX / XX / XXXX | | | Date de retour : XX / XX / XXXX | |
| **Justification de la nécessité de la mission pour l’exercice de vos fonctions :**  200 caracteres maximum | | | | |
| **Missions spécifiques :** | | | | |
| Membre d’un groupe de pilotage  Tuteur d’un personnel d’encadrement  Tuteur d’un personnel pédagogique  Tuteur d’un personnel administratif  Autre tuteur : | | Chef d’établissement d’affectation d’un PERDIR stagiaire  Stagiaire en formation initiale  Titulaire depuis moins d’un an  Chargé(e) de mission  Autre : | | |
| **En rapport avec le thème de la formation :**  Chargé(e) de mission académique ou référent(e) 🡪 Nature :  Formateur intervenant sur le thème 🡪  En académie  Hors académie  à l’ESEN | | | | |
| **Raison susceptible de motiver votre candidature (1 seule réponse) :** | | | | |
| T1 Adaptation immédiate au poste de travail  FS Formation statutaire  BC Bilan de compétence  T2 Adaptation à l’évolution prévisible des métiers | | | PEC Préparation aux concours  PP Période de professionnalisation  VAE (Validation des acquis d’expérience  T3 Développement/acquisition de nouvelles qualification (développement personnel) | |

Cette fiche fait-elle l’objet, par ailleurs, d’une demande de mobilisation de votre Compte Personnel de Formation (CPF) auprès du service des Ressources Humaines :

Oui  Non

**NB : Le CPF ne peut pas être mobilisé pour T1, FS, PP**

**Autres raisons susceptibles de motiver votre candidature à cette mission :**

* Objectifs attendus au regard de vos activités
* Plus-value attendue (personnelle, pour le service)

|  |
| --- |
| 400 caractères maximum |

**Formations suivies durant les deux années précédentes**

*Pour chaque formation suivie, merci de renseigner les 4 colonnes du tableau suivant :*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Date de la formation** | **Intitulé de la formation**  **Lieu de la formation**  **Nom de l’organisme** | **Objectifs de la formation** | **Suite à cette formation :**  **travaux que vous avez réalisés ou mise en pratique dans votre activité professionnelle** |
| Du XX/XX/XXXX  au XX/XX/XXXX | * Intitulé * Lieu * Organisme | 100 caractères maximum | 100 caractères maximum |
| Du XX/XX/XXXX  au XX/XX/XXXX | * Intitulé * Lieu * Organisme | 100 caractères maximum | 100 caractères maximum |
| Du XX/XX/XXXX  au XX/XX/XXXX | * Intitulé * Lieu * Organisme | 100 caractères maximum | 100 caractères maximum |
| Du XX/XX/XXXX  au XX/XX/XXXX | * Intitulé * Lieu * Organisme | 100 caractères maximum | 100 caractères maximum |
| Du XX/XX/XXXX  au XX/XX/XXXX | * Intitulé * Lieu * Organisme | 100 caractères maximum | 100 caractères maximum |
| Du XX/XX/XXXX  au XX/XX/XXXX | * Intitulé * Lieu * Organisme | 100 caractères maximum | 100 caractères maximum |
| Du XX/XX/XXXX  au XX/XX/XXXX | * Intitulé * Lieu * Organisme | 100 caractères maximum | 100 caractères maximum |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Avis du supérieur hiérarchique** | | **Décision du Recteur** | |
| Avis favorable  Avis défavorable | Signature | Avis ... | Signature |

**Cette partie du document est à remplir une fois la formation/mission réalisée.**

**Elle est à remettre à votre supérieur hiérarchique dans les 15 jours suivant votre retour.**

**Objet de la formation**

|  |
| --- |
| 60 caractères maximum |

**Contenu – Restitution de mission**

|  |
| --- |
| 600 caractères maximum |

**Actions induites**

|  |
| --- |
| 250 caractères maximum |

**Points de vigilance**

|  |
| --- |
| 250 caractères maximum |

**Bilan personnel de la formation**

|  |
| --- |
| 350 caractères maximum |