



**ACADÉMIE
D'AIX-MARSEILLE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Direction des services départementaux
de l'éducation nationale
des Hautes-Alpes

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'UTILISATION
COMPTE PERSONNEL DE FORMATION
2ème CAMPAGNE 2025-2026**

- Nom :
- Prénom :
- Date de naissance :
- Etablissement d'exercice :
- Ville :
- Adresse mail :
- Corps :
- Grade :
- Discipline :
- Niveau de diplôme :
- Numéro de sécurité sociale :
- 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

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 :

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 à la DSDEN, à l'adresse :

ce.d1d05@ac-aix-marseille.fr

Fait le /... /... à

Signature de l'agent :

Partie à faire remplir par votre supérieur hiérarchique

Avis circonstancié : ☐ Favorable
☐ Défavorable

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

Fait le...../...../.... à

Nom, prénom du signataire : Signature :

Partie à faire remplir par votre Inspecteur

Avis circonstancié : ☐ Favorable
☐ Défavorable

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

Fait le...../...../.... à

Nom, prénom du signataire : Signature :