

**CERTIFICAT D’APTITUDE AUX FONCTIONS D’INSTITUTEUR OU DE PROFESSEUR DES ECOLES MAITRE-FORMATEUR**

Session 2024

ETAT DE SERVICES

DU DOSSIER D’INSCRIPTION AUX EPREUVES du CAFIPEMF

SESSION 2024

A compléter par vos soins et **faire viser par votre supérieur hiérarchique**

Nom d'usage :

Nom de famille :

Prénom :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Qualité(stagiaire ou titulaire) | Quotité de service | du / au | Service ou établissement d'affectation | Fonctions exercées |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Total des services (équivalent temps plein) au 31décembre de la précédente session |  |  |  |

Visa et signature du supérieur hiérarchique :

Signature du candidat

, le

Fait à

*l'examen du CAPIFEMF de la présente session et certifie sur l’honneur que les renseignements fournis sont exacts et que j’ai pris connaissance des conditions particulières d’accès à cet examen.*

*sollicite l’autorisation de participer à*

*Je soussigné(e)*

DEMANDE D’AUTORISATION DE PARTICIPER A L’EXAMEN ET DECLARATION SUR L’HONNEUR