 RECTORAT

 Direction des examens et concours

 Bureau des concours

# CERTIFICAT D’APTITUDE AUX FONCTIONS D’INSTITUTEUR

**OU DE PROFESSEUR DES ECOLES MAITRE-FORMATEUR**

**Session 2025**

**ETAT DE SERVICES**

**DU DOSSIER D’INSCRIPTION AUX EPREUVES du CAFIPEMF - SESSION 2025**

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

**Nom d’usage : Prénom :**

**Nom de famille :**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Total des services (équivalent temps plein) au 31 décembre de la présente session** | **ans** | **mois** | **jours** |

:

**NOM et Prénom :**

**Signature :**

**Visa de l’IEN de circonscription**

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**