

DEMANDE DE CONGE DE SOLIDARITE FAMILIALE Fonctionnaires titulaires ou stagiaires

A renvoyer à votre service de gestion – la DPE

Nom, Prénom :

Date de naissance :

Grade :

Discipline :

Titulaire d'une Zone de Remplacement (TZR) : ☐ Oui ☐ Non

Etablissement d'affectation :

Adresse

personnelle :

1) Sollicite un congé de solidarité familiale pour m'occuper :

- ☐ D'un ascendant
- ☐ D'un descendant
- ☐ D'un frère ou d'une sœur
- ☐ D'une personne partageant son domicile
- ☐ D'une personne m'ayant désigné comme personne de confiance.

Concernant la personne accompagnée :

NOM Prénom :

N° de sécurité sociale :

Nom et coordonnées de l'organisme de sécurité sociale :

Il s'agit de :

- ☐ Une première demande
- ☐ Un renouvellement

Dates prévisionnelles du congé (dans la limite de 3 mois) : du au

2) Modalité choisie :

- ☐ Période continue
- ☐ Plusieurs périodes fractionnées d'au moins 7 jours consécutifs
- ☐ Temps partiel

Nombre de journées d'allocation demandées (dans la limite de 21 jours ou 42 pour un temps partiel) :

Le cas échéant :

Nom des autres bénéficiaires de l'allocation d'accompagnement et répartition des allocations journalières :

.....
.....

3) Pièces justificatives à joindre

- ☐ Déclaration sur l'honneur de votre lien familial avec la personne accompagnée ou de l'accompagnement apporté à la personne avec laquelle vous résidez ou vous ayant désigné comme personne de confiance
- ☐ Certificat médical attestant de la gravité de l'état de la personne accompagnée.

Date : Signature de l'intéressé(e)	Date : Signature du Chef d'établissement/ IEN de circonscription
--	--