

DEMANDE DE POURSUITE DES FONCTIONS AU - DELA DE LA LIMITE D'AGE

AFFECTATION DU FONCTIONNAIRE

Académie : Département:

Ville :

Désignation de l'établissement :

N° d'immatriculation de
l'établissement

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 (1)

Adresse de l'établissement :

N° de téléphone de
l'établissement

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SITUATION DU FONCTIONNAIRE

NOM d'usage : NOM de famille :

Prénoms :

Date et lieu de naissance :

SITUATION DE FAMILLE : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Divorcé(e) ☐ Pacsé(e)

Nombre
d'enfants

--	--

 dont

--	--

 encore à charge

Identifiant : Education Nationale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CORPS et GRADE :

SPECIALITE ou DISCIPLINE :

Echelon

--	--

Date d'accès à cet échelon :

Adresse personnelle :

--	--	--	--	--

N° de téléphone personnel : Courrier électronique :

OPTIONS

1- ☐ Désire poursuivre mes fonctions et sollicite un maintien en fonctions dans l'intérêt du service jusqu'au 31 juillet suivant l'année scolaire au cours de laquelle j'attendrai ma limite d'âge (réserve aux enseignants, personnels d'inspection, de direction et comptables publics).

2- ☐ Désire poursuivre mes fonctions au-delà de ma limite d'âge en faisant valoir ma qualité de :

☐ père ☐ mère ☐ d'un enfant mort pour la France
☐ de 3 enfants vivants à mon 50^e anniversaire: recul d'un an
 (joindre un certificat médical d'aptitude physique établi par un médecin agréé)
☐ d'enfant(s) encore à charge : un an par enfant à charge (maximum 3 ans)

Soit ☐ 1 an ☐ 2 ans ☐ 3 ans

A compter du(lendemain de ma limite d'âge) et jusqu'au inclus.

A compter de cette date, ☐ je prévois ☐ je ne prévois pas

de solliciter un maintien en fonction dans l'intérêt du service jusqu'au **31 juillet** suivant (concerne les enseignants, personnels d'inspection, de direction, comptables publics).

3 - ☐ Je sollicite une prolongation d'activité (sous réserve de l'intérêt du service et de l'aptitude physique)

à compter du et jusqu'au inclus, dans la limite de 10 trimestres (joindre un certificat médical d'aptitude physiques établi par un médecin agréé).

A compter de cette date ☐ je prévois ☐ je ne prévois pas

de solliciter un maintien en fonctions dans l'intérêt du service jusqu'au 31 juillet suivant (concerne les enseignants, personnels d'inspection, de direction, comptables publics).

4- ☐ Je sollicite mon maintien en activité jusqu'à l'âge de 70 ans (sous réserve de l'intérêt du service et de l'aptitude physique)

Fait à le Nom : Prénom : Signature de l'intéressé(e) _____ Visa Rectrice,	Visa du Chef d'Etablissement Avis favorable ☐ Avis défavorable ☐ Motivation si avis défavorable A le Signature du Chef d'Etablissement

A RETOURNER AU RECTORAT DE NANTES - Division Académique des Pensions et Prestations - 4, chemin de la Houssinière - BP 72616 - 44326 NANTES CEDEX 3