

REINTEGRATION
APRES UNE MISE EN DISPONIBILITE
ANNEE SCOLAIRE 2024-2025

Je soussigné(e) : NOM

Prénom

Date de naissance :

Position actuelle :

Adresse :

Téléphone :

Portable :

Mail :

Je suis en disponibilité pour :

- Pour élever un enfant âgé de moins de 12 ans (formulaire et copie du livret de famille)
- Pour donner des soins à un enfant à charge, au conjoint ou partenaire de pacs, à un ascendant, à la suite d'un accident ou d'une maladie grave ou atteint d'un handicap nécessitant la présence d'une tierce personne
- Pour suivre son conjoint ou le partenaire avec lequel vous êtes lié par un pacs lorsque celui-ci est astreint à établir sa résidence habituelle, à raison de sa profession, en un lieu éloigné du lieu d'exercice des fonctions du fonctionnaire
- Pour exercer un mandat d'élu local
- Pour études ou recherches présentant un intérêt général
- Pour convenances personnelles
- Pour créer ou reprendre une entreprise au sens de l'article L.351-24 du code du travail

Depuis le :

Je sollicite ma réintégration au 1^{er} septembre 2024

ou

Une réintégration anticipée au :

Je m'engage à fournir un certificat médical d'aptitude délivré par un médecin agréé, avant le 1^{er} septembre 2024 (certificat médical datant de moins de 3 mois)

Vous trouverez la liste des médecins agréés sur les sites internet des agences régionales de santé ARS

Fait à

, le

signature de l'intéressé(e)