|  |  |
| --- | --- |
| Délégation régionale de rattachement ou Administration du siège : |  |
| **Demande de don de jours de congé** |
| *Code général de la fonction publique (Titre II, Chapitre I),décret n° 84-972 du 26 octobre 1984, décret n° 94-874 du 7 octobre 1994 (Titre IV), décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 (Titre III) et décret n° 2015-580 du 28 mai 2015.* |
| *Vous devez transmettre ce formulaire dûment complété au pôle ressources humaines de votre délégation régionale de rattachement ou de l’Administration du siège [[[1]](#footnote-1)] (même en cas d’avis défavorable de votre responsable de structure), accompagné des pièces justificatives,* ***au plus tard 3 semaines*** *avant le début de la période souhaitée.**Le formulaire doit porter l’avis et le visa de votre responsable de structure.* ***Tout dossier incomplet ne sera pas traité.*** |
|  |  |
| **Nom d’usage et prénom :** |       |  |
| Nom de famille :*(si différent du nom d’usage)* |       |  |
| [ ]  | Fonctionnaire | [ ]  | Agent contractuel de droit public (CDI, CDD, vacataire) |
|  |  | [ ]  | Agent contractuel de droit privé (contrat d’apprentissage, CAE-PEC) |
| Quotité de travail actuelle : |       % d’un temps plein |  |
| Affectation *(intitulé, numéro, adresse et nom du directeur de la structure)* : |  |
|  |       |  |
| Téléphone : |       |  |
| Adresse électronique : |       |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Motif de la demande** *(joindre toute pièce permettant de justifier, notamment, un lien de parenté et un état de santé)* |
|  | [ ]  | 1° Assumer la charge d’un enfant âgé de moins de vingt ans, atteint d’une maladie, d’une handicap ou victime d’un accident d’une particulière gravité rendant indispensables une présence soutenue et des soins contraignants |
|  | Prénom et nom de l’enfant : |       |  |
|  | Date de naissance ou d’arrivée au foyer de l’enfant : |       |  |
|  | [ ]  | 2° Venir en aide à une personne atteinte d’une perte d’autonomie d’une particulière gravité ou présentant un handicap, sous réserve que cette personne appartienne à l’une des catégories prévues aux 1° à 9° de l’article L. 3142-16 du code du travail, soit :☐ un conjoint *(marié, lié par un pacte civil de solidarité ou concubin)*, ☐ un enfant à charge *(c'est-à-dire âgé de moins de 20 ans ouvrant droit aux prestations familiales)* ☐ un ascendant, descendant ou collatéral jusqu’au 4ème degré *(frère, sœur, oncle, tante ou cousin)*, y compris celui de votre conjoint, ☐ une personne âgée ou handicapée avec laquelle vous résidez ou avec laquelle vous entretenez des liens étroits et stables, à qui vous venez en aide de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. |
|  | Prénom et nom de la personne : |       |  |
|  | Lien de parenté / affectif : |       |  |
|  |  |  |  |
|  | [ ]  | 3° Être parent d’un enfant décédé avant l’âge de 25 ans ou assumer la charge effective et permanente d’une personne décédée avant cet âge. |
|  | Prénom et nom de la personne : |       |
|  | Date du décès :       |  |
| [ ]  | 4° Participer en qualité de sapeur-pompier volontaire aux missions ou activités d'un service d'incendie et de secours. |
|  |  |  |
|  | **Période demandée** |
|  | Durée demandée : |
|  | Nombre de jours souhaité *(par année civile, maximum 90 jours pour les motifs n° 1, 2 et 3 ou maximum 10 jours pour le motif n° 4)*:       |
|  | Période souhaitée :       |
|  | [ ]  | continue | [ ]  | fractionnée *(prévoir un calendrier d’absences)*  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Déclaration sur l’honneur** |
|  | Je, soussigné(e) (Nom et prénom)  |
|  | déclare sur l’honneur : |
|  | [ ]  | assumer la charge d’un enfant âgé de moins de vingt ans, atteint d’une maladie, d’une handicap ou victime d’un accident d’une particulière gravité rendant indispensables une présence soutenue et des soins contraignants ; |
|  | [ ]  | apporter une aide effective à une personne appartenant à l’une des catégories prévues aux 1° à 9° de l’article L. 3142-16 du code du travail, et atteinte d’une perte d’autonomie d’une particulière gravité ou présentant un handicap ; |
|  | [ ]  | être parent d’un enfant décédé avant l’âge de 25 ans ou assumer la charge effective et permanente d’une personne décédée avant cet âge ;fr |
|  | [ ]  | participer en qualité de sapeur-pompier volontaire aux missions ou activités d'un service d'incendie et de secours. |
|  | Je déclare également m’engager à informer, via la déclaration figurant au volet n° 3 du présent formulaire, le pôle des ressources humaines d’un éventuel changement dans ma situation personnelle et/ou familiale qui conduirait à me rendre inéligible au dispositif. J’atteste que toute déclaration inexacte ou incomplète de ma part m’exposera à des sanctions disciplinaires et pénales.  |
|  | Fait à : |       | Le : |       |  |

 *Signature de l’agent*

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Visa du supérieur hiérarchique** |
|  | Date :  |
|  | *Signature* |

|  |
| --- |
| **Certificat médical** |
|  | Je, soussigné(e) Docteur       ,  |
|  | médecin traitant de       , |
|  | né(e) le :      à        |
|  | [ ]  | atteint(e) d’une maladie grave ;  |
|  | [ ]  | atteint(e) d’un handicap ;  |
|  | [ ]  | victime d’un accident d’une particulière gravité ;  |
|  | [ ]  | victime d’une perte d’autonomie d’une particulière gravité,  |
|  | certifie que son état de santé nécessite : |
|  | [ ]  | une présence soutenue et des soins contraignants ; |
|  | [ ]  | une aide effective pour accomplir les actes et activités de la vie quotidienne. |
|  | Durée préconisée *(maximum 90 jours par année civile)* :       |
|  | La période de congé doit-elle être fractionnée ?  | [ ]  Oui | [ ]  Non |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  | *Cachet et signature du médecin traitant* |
| ***Ce volet est uniquement à destination du pôle des ressources humaines*** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Décision du service gestionnaire** |
| **[ ]**  | Accord  |
| **[ ]**  | Refus Motifs : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
|  | Date :  |
|  | *Signature* |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Déclaration modificative** |
|  | Je, soussigné(e)        |
|  | informe, par la présente, le pôle des ressources humaines que ma situation personnelle et/ou familiale ne me rend plus éligible au dispositif de don de jours de congé. |
|  | Date de la demande initiale :       |
|  | Nombre de jours de congé accordés :       |
|  | Nombre de jours de congé utilisés :       |
|  | Nombre de jours de congé non-utilisés :       |
|  | Fait à : |       | Le : |       |  |

 *Signature de l’agent*

**Annexe à la demande de don de jours de congé**

🡆 ***Pièces justificatives à joindre à la demande suivant le motif***

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | Le présent formulaire, dûment complété ; |
| [ ]  | Le certificat médical ou certificat de décès ; |
| [ ]  | Toute pièce justifiant le lien de parenté ou le lien existant entre vous et le proche concerné ;*Exemples : livret de famille, extrait d’acte de naissance, document établissant la vie commune, jugement de tutelle ou de curatelle, tous documents prouvant le soutien matériel et financier apporté par l’agent (documents émanant d'administrations publiques ou d'organismes privés (services sociaux, administration fiscale, établissements bancaires, organismes d'assurance ou autres) ou de personnes privées (attestations, courriers ou autres) faisant apparaître l'effectivité de la prise en charge et/ou de l’aide apportée), etc.*  |

 [ ]  L’attestation du service d'incendie et de secours auquel l’agent est rattaché en qualité de sapeur-pompier volontaire.

🡆 ***Procédure réglementaire***

Ce dispositif vous permet de bénéficier de jours de congé annuel supplémentaires si vous assurez les soins d’une personne proche, dépendante ou handicapée, si vous êtes parent ou assumez la charge d’une personne décédée avant l’âge de 25 ans ou si vous participez en qualité de sapeur-pompier volontaire aux missions ou activités d'un service d'incendie et de secours, dans le respect des dispositions fixées par le décret n° 2015-580 du 28 mai 2015.

Votre demande doit être adressée au pôle ressources humaines de votre délégation régionale de rattachement ou de l’Administration du siège. Ce dernier dispose d’un délai de 15 jours ouvrables pour vous informer du nombre de jours pouvant vous être accordés.

* ***Modalités d’utilisation***

Le nombre de jours de congé pouvant être accordé est plafonné à 90 jours par proche et par année civile (motif n° 1, motif
n° 2 et motif n° 3) ou à 10 jours par année civile (motif n° 4). Le congé peut être fractionné à la demande du médecin (motif n° 1 et motif n° 2) ou à la demande de l’agent (motif n° 3 et motif n° 4).

Le don est fait sous forme de jour entier, quelle que soit votre quotité de temps de travail. L’absence du service peut excéder 31 jours consécutifs.

La durée du congé annuel et celle du congé bonifié peuvent être cumulées consécutivement avec les jours de congé donnés.

* ***Restitution des jours de congé non utilisés***

Les jours de congé accordés ne peuvent pas alimenter le compte épargne-temps. Aucune indemnité ne sera versée en cas de non utilisation de tout ou partie des jours de congé accordés.

Le reliquat des jours donnés qui n’ont pas été consommés au cours de l’année civile est restitué au pôle ressources humaines de votre délégation régionale de rattachement ou de l’Administration du siège.

Par ailleurs, dans l’éventualité où vous ne répondez plus aux conditions d’octroi de jours de congé supplémentaires en raison d’un changement dans votre situation personnelle et familiale, les jours qui vous ont été attribués et qui n’ont pas été utilisés du fait de ce changement sont également restitués au pôle ressources humaines de votre délégation régionale de rattachement ou de l’Administration du siège.

Il vous appartient d’avertir le pôle ressources humaines de votre délégation régionale de rattachement ou de l’Administration du siège en cas de changement, en adressant le volet n° 4 du présent formulaire, dûment complété.

*Exemples de changement de la situation personnelle et familiale : décès ou guérison de la personne aidée, admission dans un établissement spécialisé, diminution importante des ressources de l’agent, recours à un service d'aide à domicile, congé de proche aidant pris par un autre membre de la famille, etc.*

* ***Contrôle par l’autorité administrative***

L’autorité administrative peut faire procéder aux vérifications nécessaires pour s’assurer que vous respectez les conditions requises pour bénéficier d’un don de jours de congé. Si ces vérifications révèlent que les conditions ne sont pas satisfaites pour l’octroi de jours de congé, il peut y être mis fin après que vous ayez été invité à présenter vos observations.

S’il s’avère que la demande a fait l’objet d’une fausse déclaration, il vous sera demandé de restituer l’intégralité des jours de congé accordés.

* ***Situation administrative***

Au cours de la période d’utilisation des jours de repos donnés, vous bénéficiez du maintien de votre rémunération, à l’exclusion de certaines primes et indemnités non forfaitaires qui sont liées à l’organisation et au dépassement du cycle de travail.

1. [] La liste des délégations régionales est disponible sur le site <https://www.inserm.fr>. [↑](#footnote-ref-1)