**ETAT NOMINATIF DE L’AGENT ET SES AYANTS-DROIT BENEFICIAIRES D’UN CONGE BONIFIE 2024/2025**

DESTINATION : □ Guadeloupe □ Guyane □ La Réunion □ Martinique □ Mayotte

 □ Nouvelle Calédonie □ Polynésie Française □ St Pierre et Miquelon □ Wallis et Futuna

TYPE DE DEMANDE : □ Première Demande □ Renouvellement (préciser le mois et l’année du précédent congé bonifié) :

 **Merci de cocher la case correspondant à votre droit d’option :**

 □ Je souhaite bénéficier d’un dernier congé selon l’ancien dispositif

 □ Je souhaite bénéficier de mon congé avec application du nouveau dispositif

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **AGENT BENEFICAIRE** | **AYANTS-DROITS DEVANT VOYAGER AVEC LE BENEFICIARE** | **Date départ****souhaitée** | **Date retour****souhaitée** | **Date de départ différé (DD)\*****ou de retour anticipé (RA)\****\* à préciser à côté de la date* |
| **NOM Prénom** | **NOM Prénom** | **Date de Naissance****(préciser l’âge)** | **Statut de l’ayant-droit****(conjoint, enfant …)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **IMPORTANT :** * Si une naissance est à venir et que l’enfant doive ensuite voyager avec l’agent bénéficiaire, il faut le mentionner dans le tableau
* Pour les personnes à mobilité réduite ou invalides à 80%, merci de bien vouloir préciser les conditions particulières de voyage.
* Une femme enceinte est acceptée jusqu’au 8ème mois inclus de grossesse, dans la mesure où celle-ci s’est déroulée normalement.

**Un certificat médical devra être émis dans les 7 jours précédant le début du voyage.** | AVIS DU CHEF D'ETABLISSEMENT OU DE SERVICE* Favorable pour la période du au
* Défavorable au motif :

NOM Prénom :  Date : **Cachet de l’établissement Signature** | **L’AGENT**Vu et pris connaissance de l'avis du supérieur hiérarchique.Date : **Signature** |