**ETAT NOMINATIF DE L’AGENT ET SES AYANTS-DROIT BENEFICIAIRES D’UN CONGE BONIFIE 2025/2026**

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) :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** |