

FORMULAIRE POUR BENEFICIER DE DON DE JOURS

Je soussigné(e)

Actuellement affecté à la direction départementale de

Corps.....

Grade.....

Matricule.....

Souhaite recevoir jours pour l'année :

Je joins à ma demande un certificat médical détaillé remis sous pli confidentiel établi par le médecin qui suit mon enfant (nom, prénom) attestant de la maladie, du handicap ou de l'accident présentant le caractère d'une particulière gravité ainsi que le caractère particulièrement grave de la pathologie considérée devant rendre indispensable une présence soutenue des parents et des soins contraignants. La durée prévisible du traitement doit également précisée.

Fait à, le

Signature du donataire :

Accord du supérieur hiérarchique direct :

Fait à, le

Signature :

Fait en deux exemplaires : ce document doit être versé au dossier administratif et une copie doit être remise à l'agent