

## DEMANDE DE CONGE DE SOLIDARITE FAMILIALE

(article 34-9 de la loi 84-16 du 11 janvier 1984, Décret 2013-67 du 18/01/2013)

NOM- prénom \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_  titulaire  non titulaire  stagiaire

Etablissement d'exercice : \_\_\_\_\_

Adresse personnelle : \_\_\_\_\_ rue \_\_\_\_\_ BP : \_\_\_\_\_ - Saint-Pierre - Miquelon(1)

adresse courriel : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ téléphone : \_\_\_\_\_

### Je souhaite

#### bénéficiaire d'un congé de solidarité familiale

- pour une période continue du : \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ inclus (3 mois au maximum).
- par périodes fractionnées d'au moins 7 jours consécutifs (durée cumulée de 6 mois au maximum (1))
- sous forme d'un service à temps partiel du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ inclus. QUOTITE : 50%

#### proroger mon congé de solidarité familiale (3 mois au maximum)

- pour une nouvelle période continue de 3 mois du : \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ inclus.
- sous forme d'un service à temps partiel du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ inclus. QUOTITE : 50%

**NOM et prénom de la personne accompagnée (2)** \_\_\_\_\_

*Je note que je peux demander le bénéfice d'une allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie (3) qui me sera versée par mon employeur sous réserve de l'accord du régime d'assurance maladie dont relève la personne accompagnée.*

*A cet effet, je complète et joins à ma demande le formulaire CERFA.*

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature de l'intéressé(e),

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_  
VISA du Directeur d'école / Chef d'établissement,

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_  
VISA du Chef du Service de l'Éducation Nationale,

(1) Préciser les dates retenues sur papier libre

(2) Joindre toute pièce justifiant que la personne concernée est un ascendant, descendant ou une personne partageant votre domicile.

(3) Le montant de l'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie est fixé à 54.17 euros, sous réserve de revalorisation dans les conditions prévues à l'article 168-7 du code de la sécurité sociale.