|  |  |
| --- | --- |
|  | GOUVERNEMENT DE LA POLYNéSIE FRANçAISE |
|  | FORMULAIRE DE DEMANDE DE DON DE JOURS DE CONGE Papeete, le  |
| DEMANDEUR |
| **NOM PATRONYMIQUE : PRÉNOM :****NOM D’USAGE :** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **STATUT :** | **[ ]**  FPT | **[ ]**  FEDA | CATÉGORIE : |
| **FILIERE :** | **[ ]**  FAF | **[ ]**  FED | **[ ]** FSE | **[ ]**  FTE | **[ ]**  FSA | **[ ]**  FRE |

|  |
| --- |
| PERIODE DE CONGE DEMANDEE AU TITRE DU DON |
| **Nombre de jours à demander :** |  **jour(s) ouvré(s) entier(s)**  |
| **RÉPARTITION DE L’ABSENCE (1)** | **LE / DU** | AU (INCLUS) |
| jour(s) entier(s) |  |  |
| jour(s) entier(s) |  |  |
| jour(s) entier(s) |  |  |
| jour(s) entier(s) |  |  |
| *(1) La répartition correspond obligatoirement à la ou aux périodes d’absence de l’agent telles que mentionnées dans l’attestation du médecin.* |

|  |  |
| --- | --- |
| **Référence(s) de la (des) demande(s) de congé liée(s) à la période d’absence au titre du don (le cas échéant) :****- n°**  **du** **- n°**  **du** - **n°**  **du**  | **Signature du demandeur** |

## REFERENCE(S) DE L’APPEL AU DON

|  |  |
| --- | --- |
| **En interne,** par note de service n° | **En externe (le cas échéant)**, par lettre de service n°  |

## DÉCISIONS

## APRES L’APPEL AU DON ET DU TRAITEMENT DES DONS DE CONGE

|  |  |
| --- | --- |
| **Observations de l’autorité hiérarchique** | **Décision, cachet et signature de l’autorité hiérarchique****[ ]  Accord [ ]  Refus** |
| **Nombre de jours reçus par l’agent et officialisés :**  **jour(s) ouvré(s) entiers(s)** |
| **RÉPARTITION DE L’ABSENCE(2)**  | **LE / DU** | **AU (INCLUS)** |
| jour(s) |  |  |
| jour(s) |  |  |
| jour(s) |  |  |
| jour(s) |  |  |
| *(2) La répartition correspond obligatoirement à la ou aux périodes d’absence de l’agent telles que mentionnées dans l’attestation du médecin sauf dans le cas où les jours demandés ne permettent pas de couvrir toute la période.* |
| Décision n° du accordant un congé de jour(s) ouvrés au titre don de jours de congé et des droits décomptés ci-dessus. |

**Le présent formulaire doit être accompagné, selon la raison de l’absence de l’agent, des pièces suivantes :**

1. Pour s’occuper d’un enfant âgé de moins de vingt-et-un ans :

**[ ]** un relevé de prestations familiales de la Caisse de prévoyance sociale des 3 derniers mois précédents la demande de don ;

**[ ]** une attestation du médecin traitant qui suit l’enfant, indiquant la présence indispensable de l’agent auprès de celui-ci.

L’attestation du médecin comporte les éléments suivants :

-l’identité de l’agent et l’identité de l’enfant ;

-la durée ainsi que la ou les périodes de présence nécessaire de l’agent auprès de l’enfant.

1. Pour s’occuper d’un proche :

**[ ]** l’acte de naissance ou la copie intégrale du livret de famille établissant un lien de parenté jusqu’au 2nd degré entre le proche et l’agent ou l’acte de mariage, de concubinage ou la convention de pacte civil de solidarité ;

**[ ]** une attestation du médecin traitant qui suit le proche, indiquant la présence indispensable de l’agent auprès de celui-ci.

L’attestation du médecin comporte les éléments suivants :

- l’identité de l’agent et l’identité du proche auquel l’agent vient en aide ;

- la durée ainsi que la ou les périodes de présence nécessaire de l’agent auprès du proche.