

Demande de poursuite des fonctions au-delà de la limite d'âge

(à adresser à la Direction des Pensions du Rectorat au minimum six mois avant la limite d'âge)

Nom de naissance : Nom marital :

Prénom : Date de naissance : NIR :

Grade/Discipline : Affectation :

☐ Je sollicite un recul de limite d'âge pour :

- ☐ parent d'un enfant de moins de 25 ans encore à charge ;
- ☐ parent d'un enfant atteint d'un handicap de 80% ou percevant l'allocation d'adulte handicapé ;
- ☐ parent de 3 enfants vivants à mon 50^{ème} anniversaire (joindre un certificat médical d'aptitude*) ;
- ☐ parent d'un enfant « mort pour la France ».

☐ Je sollicite une prolongation d'activité pour carrière incomplète, limitée à 10 trimestres pour obtenir le pourcentage maximum de ma pension (joindre un certificat médical d'aptitude*) ;

du au

☐ Je sollicite un maintien en activité dans l'intérêt du service du lendemain de ma radiation jusqu'au 31 juillet suivant.

☐ Je sollicite un maintien en fonctions jusqu'à 70 ans.

Fait à Le Signature de l'intéressé(e)	En cas de demande de <u>prolongation d'activité</u> pour carrière incomplète, de <u>maintien en activité</u> dans l'intérêt du service et de <u>maintien en fonctions</u> jusqu'à 70 ans. ☐ Avis Favorable ☐ Avis défavorable (à motiver) :
Fait à Le Signature et cachet du chef d'établissement ou du supérieur hiérarchique :	

* Vous trouverez la liste des médecins agréés sur le site de l'Agence Régionale de Santé (ARS).