**DEMANDE DE CONGE BONIFIE**

AGENTS EXERÇANT LEUR FONCTION DANS UN DEPARTEMENT OU UNE COLLECTIVITE D’OUTRE-MER

Cette demande doit parvenir

au **service compétent IMPERATIVEMENT**

**Avant le XX pour l’ETE 2026**

**Avant le XX pour l’HIVER 2026-2027**

(Délais de rigueur)

Les rubriques présentent toutes un caractère obligatoire à l’exception de celles signalées par la mention « *facultatif*».

|  |
| --- |
| AGENT (exerçant ses fonctions dans un département ou une collectivité d’outre-mer). |
| NOM: ………………………………………………….……….......................................................................  NOM D’USAGE : ………………………………………………….……….......................................................................  PRENOM :…………………………………………………………………………………Tél bureau : ……………………………….  Grade :………………………………………………  Affectation :………………………………………………………………………………………………………..  Position administrative au cours des 24 derniers mois :…........................................................................  Date de titularisation dans la Fonction Publique :……………………………………………………………..  Date d’entrée au sein du ministère de rattachement :...................................................  Mode d’accès :……………………………………….  Date de titularisation au sein du ministère de rattachement : :……………………………………………………………………………………..  Adresse de domiciliation personnelle (+ Tél + Mail): ……………………………………………………………………………..  Adresse mél professionnelle : ……………………………………………………………………………………. |

**Ce congé fait-il suite à une demande de report ou d’anticipation de vos droits**

 **OUI**  **NON**

**(Cocher la case correspondante)**

**Si oui, joindre la copie de la lettre d’acceptation de report.**

|  |
| --- |
| **Destination (lieu de localisation du CIMM)  :** |
|  FRANCE HEXAGONALE  MARTINIQUE  GUADELOUPE     ST PIERRE ET MIQUELON  GUYANE  LA REUNION  MAYOTTE     |
|  |

**Date des congés bonifiés** **:**

**-** Date de début des congés :…………………………………Date de fin des congés:…………………........ ***.***

* ***Le congé bonifié ne peut excéder 31 jours consécutifs, les samedis, dimanches et jours fériés inclus***

**-** Date de reprise de fonction :………………………………………………………….……………………..

* ***La reprise de fonction doit impérativement être, au plus tard, le 32ème jour***

**-** Dates de réservation souhaitées : **Vol Aller** :……………………………….. **Vol Retour** :………………………..

**Date et signature VISA DU CHEF DE SERVICE**

|  |
| --- |
| **Aéroport de départ souhaité :** |
|  MARTINIQUE  GUADELOUPE  ST PIERRE ET MIQUELON  GUYANE   LA REUNION  MAYOTTE |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Noms et prénoms des bénéficiaires ayant droits pris en charge** | **Lien de parenté** | **Date de naissance** | **Date**  **De départ** | **Date**  **De retour** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Autres personnes voyageant à titre payant** :……………………………………………………………………

|  |
| --- |
| **Position statutaire occupée par l’agent actuellement** |
| ACTIVITE   DISPONIBILITE  du au  CONGE LONGUE MALADIE  du au  CONGE LONGUE DUREE  du au  CONGE PARENTAL  du au |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Position statutaire occupée par l’agent au cours des 24 derniers mois** |
|  | ACTIVITE   DISPONIBILITE  du au  CONGE LONGUE MALADIE  du au  CONGE LONGUE DUREE  du au  CONGE PARENTAL  du au |
| **CONDITIONS D’ENTREE DANS L’ADMINISTRATION** | |
| 1er CAS  **RECRUTEMENT SUR UN EMPLOI DE L’ETAT SITUE DANS UN D.O.M. OU UN C.O.M.**  Date et lieu de recrutement :  **(Préciser en quelle qualité et dans quelle administration)**  Date de nomination stagiaire :  2ème CAS  **RECRUTEMENT SUR UN EMPLOI DE L’ETAT SITUE EN METROPOLE PUIS MUTATION DANS UN D.O.M. OU UN C.O.M**  Date de recrutement :  (**Préciser en quelle qualité et dans quelle administration**)  Première date de nomination stagiaire :  **(Préciser le corps et l’administration d’appartenance)**  Date de la mutation dans un département ou une collectivité d’outre-mer : …………………………………………………. | |

**L’agent doit justifier du lieu d’implantation du centre de ses intérêts moraux et matériels selon les critères suivants.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CRITERES** | **A compléter par l’agent** | **LISTE DES PIECES JUSTIFICATIVES** |
| Date et lieu de naissance : | …………………………………………………………… | Copie de la carte nationale d’identité ou du passeport ou de l’acte de naissance ou du livret de famille, justifiant le lieu de naissance |
| Scolarité dans le DOM et/ou le COM et/ ou sur le territoire européen de la France | **Dates et noms des établissements fréquentés :**  Ecole primaire : ……………………………………………  …………………………………………………………….  Collège : …………………………………………………  …………………………………………………………… Lycée : ……………………………………………………  …………………………………………………………… | Copie des certificats ou attestations de scolarité délivrés par l’établissement ou, à défaut, copie des bulletins ou relevés de notes couvrant les années scolaires |
| Date d’arrivée dans le département ou la collectivité d’outre-mer | **Date d’arrivée à préciser obligatoirement :**  ……………………………………………………………. |  |
| Date de recrutement dans la fonction publique | **Date de recrutement dans la fonction publique à préciser obligatoirement :**  …………………………………………………………… | Copie de l’arrêté d’affectation |
| Domicile des père et mère ou, à défaut, des parents les plus proches (grands-parents, frères, sœurs) dans le DOM ou la COM ou sur le territoire européen de la France  Le cas échéant, le lieu de sépulture des parents les plus proches. | **Nom, Prénom, adresse de domiciliation** :  Père :………………………………………………………  Mère :…………………………………………………………. | Copie d’une facture d’eau, de gaz ou d’électricité récente, au nom de l’agent ou de ses  père ou mère, frère ou sœur, attestant d’une  consommation effective **+ si la facture n’est pas au nom de l’agent, joindre un justificatif du**  **lien de parenté entre l’agent et le nom de la personne mentionnée sur la facture (ex. : livret de famille)**  Le cas échéant, une copie de l’attestation justifiant du lieu de sépulture des père et mère ou, à défaut, des parents les plus proches |
| Biens matériels en propriété ou en location dans le DOM ou la COM  ou sur le territoire européen de la France |  | Copie du dernier avis d’imposition de l’administration fiscale (taxe foncière), acte de propriété ou contrat de location |
| Lieu d’inscription sur les listes électorales dans le DOM ou la COM ou sur le territoire européen de la France |  | Copie de l’attestation d’inscription sur les listes électorales de la mairie ou de la carte électorale |
| Comptes bancaire, d’épargne ou postaux dans le DOM ou la COM ou sur le territoire européen de la France |  | Copie du relevé d’identité bancaire. |
| Dates des précédents séjours effectués dans le DOM ou la COM ou ou sur le territoire européen de la France (**hors congés bonifiés)** |  | Copie de billets aller/retour  vers le territoire |

Le demandeur a-t-il déjà bénéficié d’un congé bonifié :  **OUI**  **NON**

SI **OUI**, date des congés bonifiés accordés. :

DU…………………………AU…………………………..

DU…………………………AU…………………………..

Le demandeur a-t-il déjà formulé une demande mutation pour le DOM, la COM ou pour le territoire européen de la France :  **OUI**  **NON**

(fournir les justificatifs)

**Le demandeur peut compléter sa demande en justifiant qu’il satisfait aux critères prévus dans le guide des congés bonifiés de la DGAFP (édition 2021, pages 12 et 13) et non énumérés ci-dessus.**

|  |
| --- |
| **AYANTS DROIT** |

|  |
| --- |
| **Demande de prise en charge de billet d’avion pour le conjoint** |
| RAPPEL : ***La prise en charge du conjoint est fixée à certaines conditions de ressources (le plafond des revenus est fixé à 18 552€ bruts par an).***  ***Seuls les conjoints qui ne bénéficient pas d’un droit propre à congés bonifiés peuvent être pris en charge.***  ***(La notion de conjoint s’entend par la personne mariée, pacsée ou vivant maritalement avec le demandeur).*** |
| NOM :  Prénom :  Date et lieu de naissance : |

#### SITUATION N° 1

|  |
| --- |
| LE CONJOINT NE TRAVAILLE PAS  DECLARATION à remplir si le conjoint ne travaille pas et si vous demandez le passage gratuit pour lui.  « *Je certifie que mon conjoint ne travaille pas et ne bénéficie d’aucune participation aux frais de transport*».  LE : SIGNATURE :  **IMPORTANT :**  **- Copie de l’attestation du pôle emploi ou titre de pension faisant apparaître les revenus annuels bruts perçus par le conjoint.**  **- Copie du dernier avis d’imposition ou, suivant la date, copie de la dernière déclaration de revenus**  **- Copie du livret de famille ou du certificat de PACS ou de l’attestation de vie commune** |

#### SITUATION N° 2

|  |
| --- |
| LE CONJOINT EST EGALEMENT ORIGINAIRE D’UN D.O.M., D’UNE C.O.M OU DU TERRITOIRE EUROPEEN DE LA FRANCE ET IL EST AGENT TITULAIRE DANS UNE AUTRE ADMINISTRATION ……..……. Nom de l’Administration :  Le numéro de téléphone du service de gestion des congés bonifiés de cette administration : |

#### SITUATION N° 3

|  |
| --- |
| LE CONJOINT TRAVAILLEDans une entreprise privée  Comme non-titulaire dans une autre administration   Dans une autre administration sans être originaire d’un D.O.M, d’une C.O.M, ou du territoire européen de la France .   Profession :  Employeur  **(Nom, adresse et téléphone**)  LE ………………………………………….. SIGNATURE :  **PIECES A JOINDRE IMPERATIVEMENT DANS TOUTES LES SITUATIONS :**  **- Attestation de l’employeur du conjoint mentionnant que le / la conjoint(e) ne bénéficie pas d'un droit propre à congé bonifié, ni d'un avantage semblable, ni d'aucune participation aux frais de transport pour cette année et les années à venir.**  **- Copie du bulletin de salaire du mois de décembre qui précède l’année de départ en congé ou dernier avis d’imposition.**  **- Copie du livret de famille ou certificat de PACS ou attestation de vie commune.** |

|  |
| --- |
| **Les enfants à charge du bénéficiaire du congé bonifié** |
| RAPPEL : L’Etat assume les frais de transport des enfants ***uniquement s’ils sont à la charge de l’agent*** au sens prévu par la législation sur les prestations familiales.  L’âge limite est fixé à 20 ans à la date du départ.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | NOM | PRENOM | DATE DE NAISSANCE | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |   N.B. : **Attention aux dates d’examens et rentrée scolaires**  **PIECES A JOINDRE IMPERATIVEMENT pour la prise en charge des enfants :**  Copie du livret de famille **ou** acte de naissance,  Copie du jugement de divorce pour les fonctionnaires demandant la prise en charge d’enfants nés d’une précédente union,  Accord écrit du parent ayant la garde pour autoriser le départ des enfants pendant la durée du congé bonifié avec l’agent divorcé ou séparé et copie d’un document attestant de l’identité et la signature du signataire (carte nationale d’identité, passeport…).**ou** Copie du jugement de tutelle,  **Ou** tout document attestant les droits et obligations du demandeur vis-à-vis de l’enfant  **Ou** Attestation de l'employeur relative à la perception (ou non) du Supplément Familial de Traitement (SFT) par le bénéficiaire du congé bonifié,  Certificat de scolarité pour les enfants de plus de 16 ans, |

**DECLARATION SUR L'HONNEUR**

Je soussigné(e) ………………………………………………………………………. déclare sur l’honneur que les renseignements portés sur le formulaire sont exacts et que je conserve, à ce jour, le centre de mes intérêts moraux et matériels dans mon département d’origine. Je m'engage à signaler immédiatement toute modification intervenant dans ma situation.

**Je m’engage à ne solliciter aucun changement de date de congé bonifié, sauf motif impérieux.**

**La réussite à un concours ou les examens de fin d’année pour l’agent ou un membre de sa famille - dont le rattrapage du baccalauréat -, la correction des examens et concours sont des événements prévisibles et ne constituent pas un cas de force majeure.**

**En cas de séparation des deux parents : je certifie que les dates proposées sont prises en accord avec l’autre parent, et/ou conformes au jugement du juge aux affaires familiales.**

1. (Conformément aux **articles 441-1 à 441-12** du code pénal, il est rappelé que la production d’une attestation ou d’un certificat falsifié expose le contrevenant aux peines prévues par le code pénal)

**A** , **le** ……………………………………….

**Signature de l'agent**

**AVIS DU SUPERIEUR HIERARCHIQUE**

**en cas d’avis défavorable, ou de tout changement de date,**

**il vous appartient d’en aviser l’intéressé(e)**

Date de départ : ……………………………. Date de retour : ……………………………….

**A**…………………………………………., **le**

**Le supérieur hiérarchique Cachet du service**

**(Obligatoire)**

Les données à caractère personnel peuvent faire l’objet d’opposition à leur traitement, d’interrogation du responsable du traitement, de modification en application de la loi 78-17 du 6 janvier 1978,modifiée relative à l’informatique, aux fichiers et aux libertés (art. 38-39-40).