



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

ANNEXE 1

FORMULAIRE DE DEMANDE DE DON DE JOURS

Le formulaire est à adresser par la voie hiérarchique au service des ressources humaines de votre direction ou au secrétariat de votre bureau.

Nom :

Prénom :

Numéro DGFIP :

Service/Bureau:

En application du décret 2015-580, je souhaite bénéficier de dons de jours pour accompagner mon enfant :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

dont l'état de santé nécessite ma présence à ses côtés.

Je m'engage à informer dans les meilleurs délais le service des ressources humaines de tout événement susceptible de remettre en cause mon droit à bénéficier de dons de jours.

Date et signature :

N.B. : La demande doit être accompagnée d'un certificat médical sous pli confidentiel établi par le médecin qui suit l'enfant et attestant de la particulière gravité de son état de santé, des soins contraignants qu'il subit et de la nécessité d'une présence à ses côtés.

Signature du chef de service :

Cadre à remplir par le service des ressources humaines

Accord

Refus

Motif du refus :

Date et signature :