**ANNEXE N°5**

**DEMANDE D’OUVERTURE D’UN**

**COMPTE EPARGNE TEMPS**

**Je soussigné(e),**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom |  |
| Prénom  |  |
| Service |  |
| Statut | □…..Titulaire | □ Non-titulaire |
| Grade (ou emploi) |  |
| Quotité de travail |  |

□ Demande l'ouverture d'un compte épargne temps dans les conditions fixées par le décret n° 2004-878 du 26-08-2004 et la délibération en date du ………..……………..

□ Demande un premier versement sur mon compte épargne temps de ……..… jours (dans la limite de 60 jours) dont :

- …….. jours de congés annuels

- …..… jours ARTT

- …..… jours de repos compensateurs (si la délibération de la collectivité l’autorise)

|  |  |
| --- | --- |
| **L’agent**Fait àLe Signature | **La collectivité**□ L’agent remplit les conditions d’ouverture d’un CET □ L’agent ne remplit pas les conditions d’ouverture d’un CET*Motif* : Date et signature de l’autorité territoriale |

**ANNEXE N°6**

**(Toutes collectivités)**

**DEMANDE ANNUELLE**

**D’ALIMENTATION DU COMPTE EPARGNE TEMPS**

**A transmettre au service gestionnaire au plus tard le ……………… de l’année N**

**Les jours qui ne sont pas pris dans l’année et qui ne sont pas inscrits sur le CET sont perdus, sans préjudice des possibilités exceptionnelles de report de jours de congés annuels sur l’année suivante.**

Je soussigné(e),

|  |  |
| --- | --- |
| Nom |  |
| Prénom  |  |
| Service |  |
| Statut | □…..Titulaire | □ Non-titulaire |
| Grade (ou emploi) |  |
| Date d’ouverture du CET :  |

Demande, au titre de l’année ……….…, le versement sur mon compte épargne temps de …………… jours (dans la limite de 60 jours) dont :

□ …………… jours de congés annuels non pris (supérieurs à 20 pour un temps complet)

□ …………… jours ARTT

□ (Le cas échéant) …………… jours de repos compensateurs

|  |  |
| --- | --- |
| **L’agent**Fait àLe Signature | **La collectivité**□ La demande d’alimentation du CET est prise en compte□ La demande d’alimentation du CET ne peut être prise en compte*Motif* : Date et signature de l’autorité territoriale |

**ANNEXE N°7**

**(Collectivités n’autorisant pas la monétisation)**

**INFORMATION ANNUELLE**

**JOURS EPARGNES ET CONSOMMES SUR LE COMPTE EPARGNE TEMPS**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom |  |
| Prénom  |  |
| Service |  |
| Statut | □…..Titulaire | □ Non-titulaire |
| Grade (ou emploi) |  |
| Date d’ouverture du CET :  |

□ A la date du 31 décembre …………… le solde de votre compte épargne temps est de ……………… jours.

□ Au cours de l’année …………., vous avez utilisé …………….. jours sous forme de congés.

|  |
| --- |
| **Détail des jours utilisés au cours de l’année …………..** |
| Du…………………………………… au…………………………………….. | ……………………….. jours |
| Du…………………………………… au…………………………………….. | ……………………….. jours |
| Du…………………………………… au…………………………………….. | ………………………… jours |

□ Dans l'hypothèse où le solde de jours épargnés est égal à 60, vous êtes informé(e) de l’impossibilité d’épargner des jours supplémentaires au-delà de ce plafond.

|  |  |
| --- | --- |
| **L’agent**Fait à : Date et signature | **La collectivité**Fait à :Date et signature de l’autorité territoriale |

**ANNEXE N°8-1**

**(Collectivités autorisant la monétis ation uniquement)**

**INFORMATION ANNUELLE**

**JOURS EPARGNES ET CONSOMMES SUR LE COMPTE EPARGNE TEMPS**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom |  |
| Prénom  |  |
| Service |  |
| Statut | □…..Titulaire | □ Non-titulaire |
| Grade (ou emploi) |  |
| Date d’ouverture du CET :  |

□ A la date du 31 décembre …………… le solde de votre compte épargne temps est de ……………… jours.

**Au cours de l’année …………. :**

□ …………….. jours ont été utilisés sous forme de congés

|  |
| --- |
| **Détail des jours utilisés au cours de l’année …………..** |
| Du…………………………………… au…………………………………….. | ……………………….. jours |
| Du…………………………………… au…………………………………….. | ……………………….. jours |
| Du…………………………………… au…………………………………….. | ………………………… jours |

□ …………… jours épargnés ont été indemnisés

□ …………… jours épargnés ont été versés au régime de retraite additionnelle (RAFP)

□ Dans l'hypothèse où le solde de jours épargnés est égal à 60, vous êtes informé(e) de l’impossibilité d’épargner des jours supplémentaires au-delà de ce plafond

|  |  |
| --- | --- |
| **L’agent**Fait à : Date et signature | **La collectivité**Fait à :Date et signature de l’autorité territoriale |

**ANNEXE N°8-2**

**(Collectivités autorisant la monétis ation uniquement)**

**EXERCICE DU DROIT D’OPTION**

**POUR L’UTILISATION DU COMPTE EPARGNE TEMPS**

**A transmettre au service gestionnaire au plus tard le 31 janvier de l’année n+1.**

**A défaut les jours épargnés au cours de l’année N supérieurs à 20 seront versés au régime de retraite additionnelle (RAFP).**

Je soussigné(e),

|  |  |
| --- | --- |
| Nom |  |
| Prénom  |  |
| Service |  |
| Statut | □…..Titulaire | □ Non-titulaire |
| Grade (ou emploi) |  |
| Date d’ouverture du CET :  |

Souhaite utiliser les jours épargnés sur mon CET de manière suivante :

□ …………… jours feront l’objet d’une indemnisation forfaitaire (les 20 premiers jours du CET ne peuvent pas être indemnisés). Ces jours seront supprimés de mon CET à la date de la demande

□ …….…… jours seront versés au régime de retraite additionnelle de la fonction publique (les 20 premiers jours du CET ne peuvent pas être versés au RAFP). Ces jours seront supprimés de mon CET à la date de la demande

□ …..…..… jours seront maintenus sur le CET en vue d’une utilisation ultérieure sous forme de congés (60 jours au maximum)

|  |  |
| --- | --- |
| **L’agent**Fait àLe Signature | **La collectivité**□ L’exercice du droit d’option est pris en compte□ L’exercice du droit d’option ne peut être pris en compte*Motif* : Date et signature de l’autorité territoriale |

**ANNEXE N°9**

**COMPTE EPARGNE TEMPS**

**DEMANDE D’UTILISATION SOUS FORME DE CONGES**

Je soussigné(e),

|  |  |
| --- | --- |
| Nom |  |
| Prénom  |  |
| Service |  |
| Statut | □…..Titulaire | □ Non-titulaire |
| Grade (ou emploi) |  |
| Date d’ouverture du CET :  |

□ Rappel : à la date de ma demande,le solde de mon compte épargne temps est de ……………… jours.

□ Demande l’utilisation de mon compte épargne temps sous forme de congés :

|  |  |
| --- | --- |
| Du …………………………………… au …………………………………….. | ……………………….. jours |

|  |  |
| --- | --- |
| **L’agent**Fait àLe Signature | **La collectivité**□ La demande de congés au titre du CET est prise en compte□ La demande de congés au titre du CET ne peut être prise en compte*Motif* : Date et signature de l’autorité territoriale |