

DEMANDE DE RÉINTÉGRATION APRÈS DISPONIBILITÉ – ANNÉE SCOLAIRE 2019/2020

Je soussigné(e) NOM D'USAGE : **NOM DE FAMILLE :**

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Tel : **Portable :**

Sollicite ma réintégration au 1er septembre 2019.

- *Je m'engage à fournir un certificat médical d'aptitude délivré par un médecin agréé, avant le 1er juin 2018 (l'imprimé correspondant sera transmis par le service DIV 1 RH à réception de la demande de réintégration)*

Fait à le Signature

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION