

**DEMANDE D'ADMISSION A LA RETRAITE 2019 des personnels enseignants du 1^{er} degré**

RÉGION ACADÉMIQUE

MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE

NOM d'USAGE (marital) :

Prénoms :

(dans l'ordre de l'état civil, en soulignant le prénom usuel)

NOM de famille (de naissance) :

Né(e) le : àSituation de famille : Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)Nombre d'enfants (dont encore à charge)NUMEN: N° S.SOCIALE:

Adresse personnelle :

Rectorat

Division des
Personnels
Administratifs,
Techniques et
d'Encadrement
D.P.A.T.EService des
Pensions et
Validation
D.P.A.T.E.3Affaire suivie par
Secrétariat
Téléphone
0262 48 11 00
Fax
0262 48 14 42
Courriel
pensions.secrétariat
@ac-reunion.fr
Adresse
24, Avenue
Georges Brassens
CS 71003
97743 SAINT DENIS
CEDEX 9Site internet
www.ac-reunion.fr

Téléphone : Courriel :

GRADE) Instituteur (trice) Echelon
SPECIALITE) Professeur des écoles depuis le
FONCTIONS) Directeur (trice) (G2, G3, G4) Services Auxiliaires Validés oui non si oui, préciser la durée :POSITION : Activité Disponibilité DétachementCONGES : en congé longue maladie en congé longue durée

Etablissement d'affectation :

Adresse de l'établissement :

Circonscription de :

Je sollicite mon admission à la retraite à compter de : (cocher les cases)

<input type="checkbox"/> Ancienneté d'âge du 1 ^{er} degré <input type="checkbox"/> Ancienneté d'âge et de services (pas 15ans de B) <input type="checkbox"/> Par anticipation <input type="checkbox"/> Avec paiement reporté de la pension <input type="checkbox"/> Parent d'un enfant atteint d'une infirmité >=80 % <input type="checkbox"/> Parent de 3 enfants vivants avant le 01/01/2012 <input type="checkbox"/> Conjoint invalide <input type="checkbox"/> Fonctionnaire handicapé	<input type="checkbox"/> 1 ^{er} septembre 2019
<input type="checkbox"/> Pour limite d'âge (60 ans pour les instituteurs nés jusqu'au 30/06/1956, 60 ans 4 mois pour les instituteurs nés jusqu'au 31/12/1956, 65 ans pour les professeurs des écoles nés en 1951	<input type="checkbox"/> Date à préciser en fonction de l'avis du comité médical (ou commission de réforme) : A compter du : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Au-delà de la limite d'âge <input type="checkbox"/> Parent d'enfant encore à charge (-20 ans) <input type="checkbox"/> Parents de 03 enfants vivants à 50 ans <input type="checkbox"/> Enfant mort pour la France <input type="checkbox"/> Prolongation d'activité pour obtenir le taux plein de pension de 75 % (10trimestres maximum) <input type="checkbox"/> Maintien en fonction dans l'intérêt du service	<input type="checkbox"/> Le 01/08/2019 ou <input type="checkbox"/> 01/08/2020 (après maintien en fonction dans l'intérêt du service, sous réserve de l'avis favorable de l'IEN) <input type="checkbox"/> Autre date <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

 Ayant accompli au moins 15 ans de services dans un emploi classé en catégorie active, je demande à titre individuel, le bénéfice de la limite d'âge de cet emploi.

Fait à le

Signature de l'agent

Signature et cachet de l'I.E.N