**Modèle de demande de don de jours de repos**

🕬 Les mots inscrits en italique et cet encadré doivent faire l’objet d’un choix et/ou être enlevés dans la version définitive de l’arrêté.

*Monsieur ou Madame**… (prénom, NOM de l’agent)*

**…** *(Adresse personnelle complète de l’agent)*

*Adresse de messagerie personnelle*

*N° de téléphone fixe ou portable*

**Monsieur ou Madame le Maire ou le/la Président(e)**

**Adresse**

**Objet : Demande de don de jours de repos**

Madame/Monsieur,

Je soussigné(e), *Madame ou Monsieur … (prénom et NOM de l’agent demandeur)*, sollicite l’octroi de don de jours de repos pour l’année … afin de :

* 1. Assumer la charge d'un enfant décédé avant l'âge de 25 ans
* 2. Assumer la charge effective et permanente d'une personne qui décède avant 25 ans
* 3. Assumer un enfant âgé de moins de vingt ans atteint d'une maladie, d'un handicap ou victime d'un accident d'une particulière gravité rendant indispensables une présence soutenue et des soins contraignants
* 4. Assumer une fonction de proche aidant d'une personne en perte d'autonomie d'une particulière gravité ou présentant un handicap et relevant de l’un des cas mentionnés aux 1° à 9° de l'article L. 3142-16 du code du travail
* 5. Assumer une participation aux mission et activités d’un service d’incendie et de secours

Je joins en annexe :

Pour le point 1 :

* Un certificat de décès

Pour le point 2 :

* Un certificat de décès
* Une déclaration sur l’honneur attestant la prise en charge effective et permanente de la personne de moins de 25 ans décédée

Pour le point 3 :

* Un certificat médical détaillé remis sous pli confidentiel établi par le médecin qui suit l’enfant concerné. Ce certificat atteste de la particulière gravité de la maladie, du handicap ou de l’accident rendant indispensables une présence soutenue et des soins contraignants auprès de l’enfant

Pour le point 4 :

* Un certificat médical détaillé remis sous pli confidentiel établi par le médecin qui suit la personne concernée. Ce certificat atteste de la particulière gravité de la perte d’autonomie ou le handicap dont est atteinte la personne.
* Une déclaration sur l’honneur de l’aide effective que l’agent apporte à une personne remplissant l’une des conditions prévues aux [*1° à 9° de l’article L. 3142-16 du code du travail*](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072050&idArticle=LEGIARTI000006902684&dateTexte=&categorieLien=cid).

Pour le point 5 :

* Une copie du contrat de sapeur-pompier volontaire

Je vous prie d’agréer, Madame/Monsieur, l’expression de mes salutations distinguées.

Fait à … *(nom de la commune de résidence de l’agent)*

Le … *(date),*

*Signature*

*(Prénom, Nom)*