**DEMANDE ANNUELLE D’ALIMENTATION**

**D’UN COMPTE EPARGNE TEMPS**

**Nom :** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Prénom :** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Service :** ………………………………………………………………………………………………………….....................................................

Statut : titulaire, non titulaire \* Grade (ou emploi) :

Quotité de travail : □ Temps complet

□ Autre

Date d’ouverture du compte épargne temps : ………………………………………………………………………………………………….

Demande de versement sur mon Compte Epargne Temps de jours (dans la limite de 60 jours) dont :

* ……jours de congés annuels (maximum : 5 jours auxquels peuvent s’ajouter un ou deux jours de fractionnement) ;
* ……jours ARTT ;
* ……jours de repos compensateurs.

Fait à ……………………………. le ………………………

Signature de l’agent

Fait à ……………………………. le ………………………

Signature de l’autorité administrative

*\* Rayer la mention inutile*