**ANNEXE 4-A**

**CONGE DE SOLIDARITE FAMILIALE**

Décret 2013-67 du 18 janvier 2013

Un fonctionnaire en activité peut bénéficier d’un congé de solidarité familiale lorsqu’un ascendant, descendant, un frère, une sœur ou une personne partageant son domicile, ou l’ayant désigné comme sa personne de confiance au sens de l’article L. 111-6 du code de la santé publique, souffre d’une pathologie **mettant en jeu le pronostic vital ou est en phase avancée ou terminale d’une affection grave et incurable**.

Le congé de solidarité familiale peut être d’une durée maximale de trois mois, renouvelable une fois.

Le congé de solidarité familiale n’est pas rémunéré. Durant cette période, l’agent peut demander à bénéficier d’une allocation journalière d’accompagnement d’une personne en fin de vie (le nombre maximal d’allocations journalières versées au fonctionnaire est fixé à 21, 42 en cas de service à temps partiel).

La durée de son congé est assimilée pour les droits à avancement, promotion et formation à une période de service effectif.

Le congé de solidarité familiale est accordé de droit, sur demande écrite du fonctionnaire, 15 jours avant la date de début du congé. Cette demande doit être accompagnée d’un certificat médical.

Le congé peut être pris selon trois modalités différentes :

- Pour une période continue ;

- Par périodes fractionnées d'au moins sept jours consécutifs, dont la durée cumulée ne peut être supérieure à six mois ;

- Sous la forme d’un service à temps partiel dont la durée peut-être de 50 %, 60 %, 70 % ou 80 %. Le service à temps partiel est accordé pour une durée maximale de trois mois, renouvelable une fois.

Au cours de la période de bénéfice du droit au congé de proche aidant, le fonctionnaire demeure affecté dans son emploi.

**Pièces à joindre :**

Certificat médical attestant de la gravité de l’état de la personne accompagnée.

Déclaration sur l’honneur du lien familial avec la personne accompagnée ou de l’accompagnement apporté à la personne avec laquelle l’agent réside ou ayant été désigné comme personne de confiance.

**ANNEXE 4-B**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Année scolaire 2024 - 2025**  **DEMANDE DE CONGE DE SOLIDARITE FAMILIALE**  A ADRESSER AU SERVICE GESTIONNAIRE  15 jours avant la date de début du congé  Décret 2013-67 du 18 janvier 2013 |  |

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

**GRADE :** …………………………………………………………………………..………......................................................  
**ETABLISSEMENT :** ......................................................................……..........................................................................  
.................................................................................................………………………………...........................................

**Je sollicite un congé de solidarité familiale pour m'occuper de :**

un ascendant

un descendant

un frère ou une sœur

une personne partageant son domicile

une personne ayant désignée l’agent comme personne de confiance

**Concernant la personne accompagnée :**

NOM Prénom : ………………………………………………………………..

N° de sécurité sociale : ………………………………………………….

Nom et coordonnées de l’organisme de sécurité sociale : …………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………

**Il s’agit de :**

une première demande

un renouvellement

Dates prévisionnelles du congé (dans la limite de 3 mois) : du …………………………… au …………………………

**Modalité choisie :**

|  |
| --- |
| Période continue  Plusieurs périodes fractionnées d’au moins 7 jours consécutifs  Temps partiel |

**Nombre de journées d’allocation demandées** (dans la limite de 21 jours ou 42 pour un remps partiel) : ………..

Le cas échéant :

Nom des autres bénéficiaires de l’allocation d’accompagnement et répartition des allocations journalières :

…………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………….

**Pièces à joindre à la demande :**

- Déclaration sur l’honneur de votre lien familial avec la personne accompagnée ou de l’accompagnement apporté à la personne avec laquelle vous résidez ou vous ayant désigné comme personne de confiance.

- Certificat médical attestant de la gravité de l’état de la personne accompagnée.

|  |  |
| --- | --- |
| **Date et signature de l’intéressé(e) :** | **Visa du chef d’établissement :** |