



DEMANDE D'OUVERTURE ET DE PREMIERE ALIMENTATION DE CET

Je soussigné-e,

Nom :

Prénom :

Corps et grade :

Si contractuel : Type de contrat :

☐ CDI

☐ CDD (date du contrat)

Fonctions exercées :

Quotité de travail : ☐ Temps complet

☐ Autre (à préciser) :

Affectation précise (service/bureau) :

Adresse du lieu d'affectation :

Demande l'ouverture d'un Compte Epargne-Temps et certifie ne pas détenir de CET antérieurement (hors CET « ancien régime »).

Droits à congés (A)	Nb de jours consommés (B)	Solde de jours de congés non pris (C= A-B)	Report de congés sur l'année suivante (D)	Alimentation du CET (E= C-D)
45				

Lieu et date de la demande :

Signature :

Visa et avis du supérieur hiérarchique :

Cadre réservé au service gestionnaire des congés :

Décision du service gestionnaire des congés :

☐ Oui

☐ Non

Observations :

Date :

Signature et cachet du responsable