

Annexe 1

**AVIS DE CESSATION DE FONCTION DANS L'ETABLISSEMENT
D'UN MAITRE CONTRACTUEL, AGREE OU DELEGUE**

Nom patronymique : Prénom :

Nom d'usage : Date de naissance :

Lieu de naissance (ville + département ou pays) :

Qualité (1) :

☐ contrat définitif ☐ agrément définitif ☐ contrat provisoire ☐ maître délégué (DA, suppléant)

Nom et adresse de l'établissement d'affectation :

Grade (1) : ☐ Classe normale ☐ Classe supérieure ☐ Classe exceptionnelle ☐ Maître délégué

Quotité de service **durant l'année 2025/2026** : Autre quotité :

Date demandée pour la cessation de fonction :

Motif précis de la cessation de fonction (1) :

☐ au titre du Régime Général de la Sécurité Sociale (**RGSS**) au motif de (1):

☐ Ancienneté ☐ Carrière longue (2) ☐ Handicap

☐ au titre du **RETREP**

(1) Cocher la case correspondante

(2) Joindre l'attestation définitive « droits ouverts » délivrée par la CARSAT ou à défaut l'attestation provisoire dans un premier temps.

A

Le

Signature de l'intéressé(e)

Observations et signature du chef d'établissement :