

Atteint(e) par la limite d'âge de mon corps, je demande à poursuivre mon activité

jusqu'au :au titre des dispositions suivantes.

OPTION **1** **Recul de limite d'âge**

Je désire poursuivre mes fonctions au-delà de ma limite d'âge en faisant valoir ma qualité de parent :

De 3 enfants vivants à mon 50ème anniversaire = 1 année supplémentaire

(joindre un certificat médical d'aptitude physique et une copie du livret de famille)

D'enfant(s) encore à charge de moins de 20 ans = 1 année supplémentaire par enfant à charge dans la limite de 3 ans *(joindre un certificat médical d'aptitude physique, une copie du livret de famille et les certificats de scolarité)*

Je sollicite, en conséquence, un REcul DE LIMITE D'ÂGE :

d'un an de 2 ans de 3 ans à compter de ma limite d'âge soit jusqu'au/...../.....

OPTION **2** **Prolongation d'activité au titre de l'article 69 de la loi 2003/775 du 23 août 2003 portant réforme des retraites**

Je sollicite, **sous réserve de l'intérêt du service et de mon aptitude physique**, une prolongation d'activité de trimestres pour obtenir le pourcentage maximum de la pension, dans la limite de 10 trimestres, soit jusqu'au/...../..... *(joindre un justificatif des trimestres cotisés et un certificat médical d'un médecin agréé).*

OPTION **3** **Maintien en fonction jusqu'à 70 ans suite à la réforme des retraites du 14 avril 2023**

Atteint par la **limite d'âge de mon corps** le/...../....., je demande à être maintenue **en fonction sur autorisation, sous réserve de l'intérêt du service et de mon aptitude physique** *(joindre un certificat médical d'un médecin agréé)*, à compter de ma limite d'âge et jusqu'au/...../.....

OPTION **4** **Maintien en fonction jusqu'à la fin de l'année scolaire en cours**

Je désire poursuivre mes fonctions au-delà de ma limite d'âge et sollicite à cet effet un maintien en fonction dans l'intérêt du service du/...../..... jusqu'au 31 juillet suivant. *(joindre un certificat médical d'un médecin agréé)*

- Les options 1, 2 et 4 peuvent se cumuler si vous réunissez les conditions.
- **L'option 3 peut elle aussi se cumuler avec les options 1 et 2 mais sans dépasser l'âge de 70 ans.**

Fait àle

Signature de l'intéressé (e)

Visa du supérieur hiérarchique

Après vérification des déclarations ci-dessus :

A.....le.....

En cas de demande de maintien ou de prolongation au-delà de la limite d'âge :

=> **Avis favorable**

=> **Avis défavorable (à motiver)**

*La liste des médecins agréés de Paris est disponible sur le site de l'Agence Régionale de la Santé : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/listes-de-medecins-agrees-en-ile-de-france>