

**DEMANDE ANNUELLE D'ALIMENTATION  
D'UN COMPTE EPARGNE-TEMPS**

- ♦ Loi n°84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale, notamment son article 7-1
- ♦ Décret n°2004-878 du 26 août 2004 relatif au compte épargne-temps dans la Fonction Publique Territoriale (J.O du 28 août 2004)
- ♦ Décret n°2010-531 du 20 mai 2010 modifiant certaines dispositions relatives au compte épargne-temps dans la Fonction Publique Territoriale (J.O. du 22 mai 2010).
- ♦ Circulaire n°10-007135-D du 31 mai 2010 relative à la réforme du compte épargne-temps dans la Fonction Publique Territoriale

Délibération en date du..... déterminant les règles d'ouverture, de fonctionnement, de gestion et de fermeture du compte épargne-temps ainsi que les modalités d'utilisation par les agents de la commune de .....,

**NOM** :

**PRENOM** :

**SERVICE** :

**STATUT** :  titulaire  non-titulaire

**CATEGORIE** :

**GRADE** :

**QUOTITE DE TRAVAIL** :  temps plein  temps partiel ( \_\_\_ %)  temps non complet

**DATE D'OUVERTURE DU COMPTE EPARGNE-TEMPS** :

☞ Demande le versement sur mon compte épargne-temps de \_\_\_\_\_ jour(s), au titre de l'année \_\_\_\_\_ dont :

- \_\_\_\_\_ jour(s) de congé(s) annuel(s) (maximum ..... jours)
- \_\_\_\_\_ jour(s) de R.T.T. (maximum ..... jours)
- \_\_\_\_\_ jour(s) de repos compensateurs (maximum ..... jours)

Fait à _____ , le _____ Signature de l'agent :	Le _____ Visa du chef de service :
Le _____ Visa du Directeur Général :	Décision de l'autorité territoriale : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Fait à _____ , le _____ Signature de l'autorité territoriale :

N.B. : Demande à formuler avant le ..... de l'année concernée.