

**INDEMNITE FORFAITAIRE DE CHANGEMENT DE RESIDENCE RETRAITE**

*(Décret 89-271 du 12.04.1989)*

Contacts : 0596 52 29 32/52 29 33/52 27 00 br.fraisdeplacements@ac-martinique.fr

Dossier à fournir obligatoirement en double exemplaires (1 papier+1 PDF) DANS UN DELAI DE 2 ANS A COMPTER DE LA RADIATION DES CADRES

**Mr Mme N° de sécurité Sociale** :……………………………………………………………………………..

**NOM** ……………………………………………….………………………………**PRENOM……**…………………..………………………………………………..

**DATE ET LIEU DE NAISSANCE** :……………………………………..…………………………………………………………………………………………..

NUMEN :…….……………………………………………………………. Grade :………………………………………………………………………………..

DATE D’INSTALLATION DANS L’ACADEMIE …………………………………………………………………………………………………………..…

DATE DE RADIATION (Date de départ à la retraite)…………………………………………………………………………………………………

ANCIENNE ADRESSE PERSONNELLE : …….…………………………………………………………………………………….………………………….

NOUVELLE ADRESSE PERSONNELLE :……………………………………………………………………………………………………….………………

**ADRESSE E-MAIL (personnelle et professionnelle)** …………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………..…..…

COORDONNEES TELEPHONIQUES (Fixe / Portable) : ……….………………………………………………………………………………………

SITUATION DE FAMILLE :

**Marié(e) ** **Célibataire**

Divorcé(e) Séparé(e)

Veuf (ve) Pacsé(e)

Concubinage □

Membres de la famille accompagnant l’agent dans sa nouvelle affectation ou l’y rejoignant dans les

9 mois suivant l’installation (art.17 dernier alinéa)

- CONJOINT :………………………………...…..PROFESSION :………………………………………………

- ENFANT (S) A CHARGE (au sens de la législation sur les prestations familiales): Oui  Non  NOMBRE :…………………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOM (S)** | **PRENOM (S)** | **DATE DE NAISSANCE** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

- ascendants (vivant ordinairement sous le toit de l’agent) art 4.4

Nom ……..………………………………..… Prénom …………………………………………

Nom ………………………………………… Prénom …………………………………………

DATE SIGNATURE