

Nom de la collectivité : .....  
Contact : .....  
Téléphone / Fax : .....  
Adresse mail : .....

Motif du remplacement :  maladie  maternité/congé parental  vacances  
 besoin saisonnier  surcroît de travail  autre (préciser) : .....  
Tâches à effectuer : .....  
Lieu de la mission : .....  
Si télétravail, préciser le nombre de jours (par semaine ou par mois) : .....

**Renseignements concernant le remplacement (Cette partie doit être complétée dans son intégralité pour que la demande soit prise en compte)**

Période de remplacement (date de début et de fin de remplacement)	Grade Eventuellement échelon	Montant et intitulé des primes ou indemnités (Préciser si le montant est à proratiser)	Indice brut - Indice majoré	Durée hebdomadaire	Indiquer le nombre d'heures travaillées par jour (Préciser les horaires de présence sur un document annexe)						Congés (pris ou à payer)	Cadre réservé au Centre de Gestion			
					Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi		N° demande	Date Contrat	N° contrat	Suite
du .....															<input type="checkbox"/> Ass <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> IFC
au .....															<input type="checkbox"/> Ass <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> IFC
du .....															<input type="checkbox"/> Ass <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> IFC
au .....															<input type="checkbox"/> Ass <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> IFC
du .....															<input type="checkbox"/> Ass <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> IFC
au .....			...												<input type="checkbox"/> Ass <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> IFC

**Renseignements concernant la personne assurant le remplacement**

Nom d'usage – Prénom (pour les femmes indiquer aussi le nom de famille)	Date et lieu de naissance	Adresse personnelle – Téléphone N° de sécurité sociale	SFT Nombre d'enfants Profession conjoint	Cadre réservé au Centre de Gestion			
				<input type="checkbox"/> Casier judiciaire	<input type="checkbox"/> RIB	<input type="checkbox"/> Topaze	<input type="checkbox"/> Autre
...	...	...	...				

**Il est impératif d'avertir par écrit (courrier ou mail) de toutes modifications apportées ou arrêts maladie. Ces absences auront une incidence sur le salaire.**

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le **CDG61** pour la gestion de la demande d'utilisation du service intérim, elles sont conservées pendant **la période de la mission** et sont destinées **aux agents du service Intérim**. Conformément à la [loi « informatique et libertés »](#), vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant le correspondant informatique et libertés à l'adresse suivante : [rgpd@cdg61.fr](mailto:rgpd@cdg61.fr)

Fait à ..... le .....

Signature et cachet