Service Académique de GEstion des Personnels Privés 1er degré – S.A.G.E.P.P.
Cité administrative Travot - BP 777
85020 LA ROCHE SUR YON CEDEX

ACADÉMIE DE NANTES
Liberté Égalité Fraternité

Direction des services départementaux de l'éducation nationale de Vendée

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)** :

☐ Maitre titulaire ☐ maître délégué (DA, suppléant)

Nom et adresse de l'établissement d'affectation :

Quotité de service **durant l'année 2026/2027 :** 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 :