



Corps Départemental Suspension de l'Engagement

PARTIE A REMPLIR PAR LE SAPEUR-POMPIER

GRADE NOM Prénom

à
Monsieur le Président
du Conseil d'Administration du SDIS

CENTRE.....**Numéro Matricule**.....

Je soussigné(e)

né(e) le à (_ _ _ _)
demeurant

demande à bénéficier d'une suspension de mon engagement pour la raison suivante (décret 99-1039 du 10/12/99, modifié)

- raisons familiales (*) raisons professionnelles (*)
 raisons scolaires ou universitaires (*) congé parental (*)

La suspension est prononcée pour une période minimale de six mois.

- incompatibilités (Maire dans une commune de plus de 3500 habitants ou Adjoint au Maire dans 1 commune de 5000 habitants ou Membre du CASDIS ayant voix délibérative) (*) *La suspension est prononcée conformément aux dispositions de l'article 26 de la loi n° 96-370 du 3 mai 1996.*

Rappel : La durée maximale autorisée des suspensions durant l'ensemble des engagements du S.P.V. est fixée à neuf ans.

- inaptitude physique (joindre le certificat médical du Médecin de sapeurs-pompiers) (*)
La durée maximale est de douze mois, renouvelable deux fois maximum. Toutefois, la durée d'inaptitude égale ou supérieure à 3 mois nécessite une suspension d'engagement.

du au (**)

Le
Signature,

(*) Mettre une croix dans la case correspondante. (**) Compléter la période.

Toute reprise d'activité nécessite la délivrance d'un certificat médical délivré par un médecin de sapeurs-pompiers SELON que la suspension est choisie ou imposée :

Choix de l'intéressé : visite de maintien d'activité

Imposée suite arrêt médical : examen médical.

AVIS

Observation du Chef de Centre

Observation du Chef de Groupement

Avis Favorable / Défavorable

Avis Favorable / Défavorable

Fait à, le

Fait à, le

Signature

Signature

AVIS DU C.C.D.S.P.V.

Favorable / Défavorable

en date du PV n°