

**DEMANDE A BENEFICIER DE  
DON DE JOURS DE REPOS**

Pôle Ressources  
Direction des ressources humaines  
Service action sociale et temps de travail

**Pour parents d'un enfant gravement  
malade ou dont le conjoint est gravement  
malade**

Décret n° 2015-580 du 28 mai 2015  
Règlements du temps de travail de la Région

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'AGENT DEMANDEUR**

Nom : .....  
Prénom : .....  
Direction/établissement : .....

**Je sollicite l'attribution de jours de repos pour :**

Assumer la charge de mon enfant\* âgé de moins de 20 ans atteint d'une maladie, d'un handicap ou victime d'un accident d'une particulière gravité rendant indispensables une présence soutenue et des soins contraignants.

Assumer la charge de mon conjoint atteint d'une maladie, d'un handicap ou victime d'un accident d'une particulière gravité rendant indispensables une présence soutenue et des soins contraignants.

J'ai pris acte que je ne peux pas bénéficier de plus de 90 jours de repos par année civile, par le biais de ce dispositif.

Je joins :

- deux certificats médicaux du médecin qui suit l'enfant ou le conjoint,
  - un certificat médical simple, indiquant le nombre de jours sollicités et précisant au besoin si le congé est fractionnable,
  - un certificat médical détaillé, **sous pli confidentiel**, attestant la particulière gravité de la maladie, du handicap ou de l'accident, rendant indispensables une présence soutenue et des soins contraignants auprès de l'enfant ou du conjoint.
- une copie du livret de famille ou du contrat Pacs.

\* un lien de filiation doit être établi (enfant légitime, naturel, adopté).

Fait à : ....., le.....  
Signature :

VISA DU SUPERIEUR HIERARCHIQUE	VISA DE LA DRH
A ..... le .....	Reçu le .....
Cachet et signature	Cachet et signature

**A RETOURNER A LA REGION BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE  
DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES  
4 SQUARE CASTAN - CS 51857 - 25031 BESANCON CEDEX**

**PARTIE RESERVEE A LA DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES**

**Vérification de la validité de la demande**

- Formulaire signé par l'agent
- Formulaire visé par le supérieur hiérarchique
- Certificat médical simple
- Certificat médical détaillé sous pli confidentiel
- Livret de famille ou contrat pacs

**Décision de l'autorité territoriale**

Nombre de jour(s) accordé(s) :.....

La durée du congé est fractionnée (à la demande du médecin) :  oui       non

Remarque : Les jours donnés non consommés au 31 décembre de l'année sont restitués à la Région et remis au pot commun.

Fait à Besançon, le  
La Présidente,