**ANNEXE 2**

|  |  |
| --- | --- |
| DEPARTEMENT :   | Cachet de l’école (nom et adresse) :       |
| ECOLE SOUS CONTRAT:  | Code école (1) : (ex : 0351075D)  |

**AVIS DE CESSATION DE FONCTIONS**

**MAITRE CONTRACTUEL ou AGREE A TITRE DEFINITIF**

**NOM d’usage** :**NOM de famille** :

#### PRENOM :

**GRADE** : **Date naissance** : 

**Motif de la cessation de fonction (2)** :

**Retraite: préciser l’organisme liquidateur**

 

 

Pour bénéficier du régime additionnel de retraite, transmettre à la DPEP l’annexe 3 complétée

#### Date de la cessation de fonction :

A  , le  Signature de l’intéressé(e)

Observation du chef d’établissement :







A  le  Signature

1. ***Code école à renseigner impérativement (ex. : 0351075D)***

*(2) Cocher la case utile*

**Imprimé à retourner à** :

Rectorat – DPEP – 96 rue d’Antrain – CS 10 503 – 35705 RENNES Cedex 7