

DEMANDE DE CONTRAT AGENT INTERIMAIRE

COLLECTIVITE D'ACCUEIL

NOM COLLECTIVITE :

ADRESSE :

CODE POSTAL : COMMUNE :

AFFAIRE SUIVIE PAR :

TEL : MAIL :

AGENT EN CHARGE DE LA MISSION

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : SFT : ☐ OUI ☐ NON Nb d'enfants :

CONTRAT

MOTIF DU CONTRAT (cocher la case) :

☐ Accroissement temporaire d'activité ☐ Accroissement saisonnier d'activité

☐ Vacance de poste / inscrire le n° de déclaration de vacance de poste :

☐ Remplacement (cocher le motif*) : NOM de l'agent remplacé

☐ Maladie* ☐ Congés annuels* ☐ Temps partiel* ☐ Disponibilité ≤ à 6 mois*

☐ Autre* : (sauf formation, autorisation absence et décharge syndicale)

DATE DE DEBUT DE CONTRAT :

DATE DE FIN DE CONTRAT :

NOMBRE D'HEURES HEBDOMADAIRES : heures minutes

CONGES : ☐ pris par l'agent ☐ Non pris par l'agent (indemnité de 10% versée en fin de contrat)

GRADE DE REMUNERATION :

ECHELON : REGIME INDEMNITAIRE : (montant pour un temps complet pour 1 mois)€

MISSIONS OU TACHES :

.....

.....

Travaille en contact avec des enfants ☐ OUI ☐ NON (Si oui, attestation d'honorabilité à fournir)

DATE :

SIGNATURE ET CACHET :