

**ACADÉMIE
D'ORLÉANS-TOURS***Liberté
Égalité
Fraternité*Direction des services départementaux
de l'éducation nationale
d'Indre-et-Loire**AVIS DE CESSATION DE FONCTION AU TITRE DE LA RETRAITE**Département d'affectation : ☐ 18 ☐ 28 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 41 ☐ 45

Je soussigné(e) :

NOM :

PRENOM :

Né(e) le :

Affectation principale : Nom de l'école :

Ville :

☐ **Demande à cesser mes fonctions au titre du départ à la retraite**

Date de cessation de fonction :/...../.....

Départ au titre du :

☐ **Régime Général Sécurité Sociale**☐ **REgime Temporaire de Retraite de l'Enseignement Privé (RETREP)**☐ Demande à bénéficier du régime additionnel de retraite des personnels des établissements d'enseignement privés sous contrat avec l'état

Date et signature

VISA DU DIRECTEUR D'ÉCOLE :

Date et signature :

→ Fiche à retourner **par courrier électronique** à l'adresse correspondant à votre département d'exercice :

Cher : saep18@ac-orleans-tours.fr

Eure et Loir : saep28@ac-orleans-tours.fr

Indre : saep36@ac-orleans-tours.fr

Indre et Loire : saep37@ac-orleans-tours.fr

Loir et Cher : saep41@ac-orleans-tours.fr

Loiret : saep45@ac-orleans-tours.fr

→ Copie à adresser au secrétariat de la Commission régionale de l'emploi à l'adresse ci-dessous :
floriane.lecomte@ec-berryloiret.fr