**ATTESTATION TRIMESTRIELLE DE DÉCHARGE D’ACTIVITÉ DE SERVICE**

(articles 19 et 20 – Décret n°85-397 du 03 avril 1985)

**POUR LE TRIMESTRE 20 ..**

A faire remplir par l’agent

Je, soussigné(e) :

Grade :

Collectivité :

Organisation syndicale :

Certifie avoir bénéficié des décharges d’activité suivantes :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Mois de |  | Dates |  | Nombre d’heures (en centièmes) |
| ............................................ |  | ............................................ |  | ............................................ |
| ............................................ |  | ............................................ |  | ............................................ |
| ............................................ |  | ............................................ |  | ............................................ |
|  | Fait à ................................................., le ........................................... | | | |
|  | Signature de l’agent | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Signature et cachet  du Maire – Président |  | Signature et cachet  de l’organisation syndicale |