

ANNEXE 1

Informations à l'attention des agents

L'autorisation d'exercer au-delà de la limite d'âge est accordée sous certaines conditions :

Les personnels souhaitant poursuivre leur activité au-delà de leur limite d'âge peuvent obtenir:

- Un recul de limite d'âge d'un an par enfant à charge (dans la limite de 3 ans) (de droit)
- Un recul de la limite d'âge d'un an si à l'âge de 50 ans, ils étaient parents d'au moins 3 enfants vivants (sous réserve d'aptitude physique)
- Une prolongation d'activité s'ils n'ont pas le nombre de trimestres nécessaires pour obtenir le pourcentage maximum de la pension et ce dans la limite de 10 trimestres, (2 ans et demi), sous réserve de l'intérêt du service et de l'aptitude physique.
- Une autorisation de poursuite d'activité jusqu'à 70 ans même pour les agents ayant atteint le taux plein sous réserve de l'intérêt du service et de l'aptitude physique
- Les personnels enseignants, et d'encadrement peuvent être maintenus en fonctions jusqu'au 31 juillet suivant leur limite d'âge, et dans l'intérêt du service, sous réserve qu'ils aient fait la demande et qu'il n'ai pas bénéficié d'une prolongation d'activité au titre de l'article 69 du code des pensions civiles. Le maintien en fonctions débute à la date de radiation des cadres et permet d'assurer le service jusqu'au terme de l'année scolaire (31juillet) au cours de laquelle la limite d'âge est atteinte.

Si vous demandez à exercer au-delà de la limite d'âge vous devez :

1. Complétez la demande de poursuite d'activité (page 2 et 3) en précisant l'option choisi et la date de départ souhaitée, la transmettre à votre supérieur hiérarchique qui doit mettre son avis. L'accord de la poursuite d'activité est soumis à avis favorable.
2. Prendre rendez-vous avec votre médecin, traitant ou spécialiste, pour qu'il complète l'avis du médecin (page 5)
3. Retourner la demande et l'avis du médecin au service des pensions de l'académie par mail : ce.pensions@ac-paris.fr

La liste des médecins agréés de Paris est disponible sur le site de l'Agence Régionale de la Santé : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/listes-de-medecins-agrees-en-ile-de-france>



ACADÉMIE DE PARIS

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Service des Pensions de retraite et d'invalidité
Pôle Ressources Humaines

Demande de poursuite d'activité au-delà de la limite d'âge

I. AFFECTATION DU FONCTIONNAIRE

Académie :

Ville :

Désignation de l'établissement :

Adresse de l'établissement :

N° de téléphone de l'établissement : /.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../...

II. SITUATION DU FONCTIONNAIRE

Nom de famille : Nom d'usage :

Prénoms :

Date et lieu de naissance :

SITUATION DE FAMILLE : Célibataire Marié(e) Veuf (ve) Divorcé(e)

 Nombre d'enfants (dont encore à charge)

N° INSEE : /.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../...

Adresse personnelle :

N° de téléphone personnel et mèl :

CORPS et GRADE : SPECIALITE ou DISCIPLINE :

POSITION : Activité CLM CLD

Détachement Disponibilité

Atteint(e) par la limite d'âge de mon corps, je demande à poursuivre mon activité

jusqu'au :.....au titre des dispositions suivantes.

OPTION **1** **Recul de limite d'âge (tous fonctionnaires)**

Je désire poursuivre mes fonctions au-delà de ma limite d'âge en faisant valoir ma qualité de parent :

- D e 3 enfants vivants à mon 50ème anniversaire (*joindre un certificat médical d'aptitude physique*)
- D'enfant(s) encore à charge (*joindre une copie du livret de famille et les certificats de scolarité*)

Je sollicite, en conséquence, un REcul DE LIMITE D'ÂGE :

- d'un an de 2 ans de 3 ans à compter de ma limite d'âge soit jusqu'au/...../.....

OPTION **2**

Prolongation d'activité au titre de l'article 69 de la loi 2003/775 du 23 août 2003 portant réforme des retraites (tous fonctionnaires)

Je sollicite, **sous réserve de l'intérêt du service et de mon aptitude physique**, une prolongation d'activité de trimestres pour obtenir le pourcentage maximum de la pension, soit jusqu'au/...../...../ prolongation limitée à **10 trimestres (joindre un certificat médical d'un médecin agréé)**.

OPTION **3**

Maintien en fonction jusqu'à 70 ans suite à la réforme des retraites du 14 avril 2023 (tous fonctionnaires)

Atteint par la **limite d'âge de mon corps le**/...../....., je demande à être maintenue **en fonction sur autorisation, sous réserve de l'intérêt du service et de mon aptitude physique (joindre un certificat médical d'un médecin agréé)**, à compter de ma limite d'âge et jusqu'au/...../.....

OPTION **4** **Maintien en fonction jusqu'à la fin de l'année scolaire en cours (Enseignants uniquement)**

Je désire poursuivre mes fonctions au-delà de ma limite d'âge et sollicite à cet effet un **MAINTIEN EN FONCTION DANS L'INTÉRÊT DU SERVICE (joindre un certificat médical d'un médecin agréé)**.

Du/...../...../ jusqu'au 31 juillet suivant.

- Les options 1, 2 et 4 peuvent se cumuler si réunissez les conditions.
- L'option 3 peut elle aussi se cumuler avec les options 1 et 2 mais sans dépasser l'âge de 70 ans.

Fait àle

Signature de l'intéressé (e)

Visa du supérieur hiérarchique

Après vérification des déclarations ci-dessus :

A.....le.....

En cas de demande de maintien ou de prolongation au-delà de la limite d'âge

Avis favorable

Avis défavorable (à motiver)

Informations à l'attention du médecin agréé

Service des retraites (SDP)

12 boulevard d'Indochine
CS 40049
75933 PARIS cedex 19

Le Recteur de l'académie de Paris

A l'attention du médecin agréé

Objet : avis médical relatif à une demande de poursuite d'activité au-delà de la limite d'âge

Réf : article 1er de la loi n° 84-834 du 13 septembre 1984 relative à la limite d'âge

A la demande du Recteur de l'académie de Paris, vous recevez en consultation un agent public qui a formulé une demande de poursuite d'activité au-delà de la limite d'âge.

Cette poursuite d'activité est accordée sous réserve qu'un médecin agréé estime la mesure médicalement justifiée, au motif que :

- la poursuite d'activité de son emploi est compatible avec son état de santé.

Ainsi, je vous remercie de bien vouloir renseigner votre avis médical sur le document 2.

Vos honoraires sont pris en charge par l'administration. Je vous remercie de ne pas utiliser la carte vitale du fonctionnaire et de bien vouloir retourner à l'adresse indiqué en haut à gauche du présent courrier :

1. un relevé d'honoraire de 28€ (généraliste) ou 46,70€ (psychiatre) ou la facture ci-jointe
2. un RIB
3. votre n° de SIRET, ou à défaut votre date et lieu de naissance

Pour toutes questions relatives à la situation médicale de l'agent vous pouvez contacter :

- ✉ Service médical de prévention en faveur des personnels
A l'attention du médecin conseiller technique du Recteur
12 boulevard d'Indochine
75019 Paris
- ☎ 01.44.62.47.34
- ✉ ce.medecineprevention@ac-paris.fr

Veuillez agréer, Docteur, l'assurance de ma considération distinguée.

Avis du médecin agréé

Je soussigné(e), Docteur _____ médecin agréé, certifie avoir examiné _____ et émets l'avis suivant :

un avis favorable à la demande de poursuite d'activité au-delà de la limite d'âge:

Au titre de parent d'au moins trois enfant :

Au titre d'une prolongation d'activité pour carrière incomplète :

Au titre d'un maintien en fonction au-delà de la limite d'âge mais sans dépasser 70 ans :
à compter du : ___/___/___

un avis défavorable à la demande de poursuite d'activité au-delà de la limite d'âge, parce que :

l'état de santé ne lui permet pas de prolonger son activité professionnel

A _____

le ___/___/___

Signature et cachet du médecin :

Merci de retourner le document dûment complété à :

RECTORAT DE L'ACADEMIE DE PARIS, 12 bd d'Indochine, CS 40049, 75933 PARIS Cedex 19, BUREAU :
- SDP – Service des retraites

accompagné d'un RIB, n° de SIRET et d'une facture (28€ pour un généraliste, 46,70€ pour un psychiatre)

Document à renvoyer à :

**RECTORAT DE PARIS
SDP
12 Boulevard d'Indochine
75019 PARIS**

RÉFÉRENCES DAF 4 - CHORUS

N° Tiers Médecin :

BOP imputable : 214 Public
 139 Privé 150 Supérieur

CERTIFICAT ADMINISTRATIF
Décret n°86-442 du 14 mars 1986

REGLEMENT DES HONORAIRES DES MEDECINS AGREES

Vu l'arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes

Vu l'arrêté du 3 juillet 2007 fixant la rémunération des médecins agréés, généralistes et spécialistes

Vu la circulaire FP n°2070 du 2 mars 2004 relative au secret médical

Vu le décret n°86-442 du 14 mars 1986

Vu le décret n°2015-1869 du 30 décembre 2015

NOM, prénom du médecin :

Date de l'examen : / / Observation :

NOM, prénom de l'agent :

Établissement / service d'affectation :

Montant des honoraires règlementés :

Joindre IMPERATIVEMENT un RIB

<p>Cachet et signature du médecin :</p> <p>N° SIRET :</p> <p>.....</p>	<p>Cachet et signature du Bureau :</p>
---	--

RAPPEL : tout dossier incomplet sera automatiquement retourné