

**DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE DECHARGE D'ACTIVITE DE SERVICE POUR L'EXERCICE D'UN MANDAT SYNDICAL**  
(Articles 19 et 20 – décret 85-397 du 3 avril 1985 modifié)

**Décharges d'activité de services au titre du mois de**

**2026**

Collectivité :	
Nom et prénom de l'agent :	
Grade :	
Indice majoré :	
Désignation et coordonnées de l'organisation syndicale :	
Nombre d'heures allouées à l'agent par l'organisation syndicale au titre de l'année en cours :	

Dates	Nombre d'heures
TOTAL	

Je certifie l'exactitude du présent décompte d'absences et demande le remboursement trimestriel des Décharges d'Activité de Service au Centre de Gestion du Finistère

Fait à ..... Le .....

Signature et cachet de l'autorité territoriale



Les demandes de remboursement doivent parvenir au CDG avant le 15 du mois suivant, **accompagnées du bulletin de salaire de l'agent** pour la période concernée. Remboursement trimestriel effectué des demandes respectant le délai.

Retour des demandes de remboursement du mois de décembre avant le 15/01 du mois suivant.