



**DEMANDE DE REMBOURSEMENT  
DES AUTORISATIONS SPECIALES D'ABSENCE**  
*relevant de l'article R. 214-43 du code général de la fonction publique,  
POUR LES COLLECTIVITES DE MOINS DE 50 AGENTS*

**ASA – R.214-43**

**Mois de :**

*Joindre obligatoirement la convocation du syndicat  
et le bulletin de paie du ou des agents pour la période concernée*

Désignation de la collectivité : .....

Organisation syndicale : .....

NOM et Prénom du ou des délégué (s)	Heures/Minutes
	.....H.....
	.....H.....
	.....H.....
	.....H.....
	.....H.....
	.....H.....
<b>TOTAL</b>	.....H.....

L'autorité territoriale soussignée certifie exacts les renseignements portés sur la présente demande de remboursement.

Certifié exact, à.....,le .....

L'autorité territoriale (*tampon et signature*)

*Faire retour de la présente demande de remboursement au Centre de Gestion  
avant le 20 du mois suivant la période concernée  
en joignant la ou les convocation(s) du syndicat et le bulletin de paie du ou des agent (s)*