



**DEMANDE DE REMBOURSEMENT  
DE DECHARGE D'ACTIVITE DE SERVICE**  
*relevant de l'art. R.214-26 du code général de la Fonction Publique*

**DS - R.214-26**

Mois de :

*Joindre obligatoirement 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 le bulletin de paie du ou des agent (s)*