



**DEMANDE DE REMBOURSEMENT
DE DECHARGE D'ACTIVITE DE SERVICE**

EN APPLICATION DE **L'ARTICLE 20** DU DÉCRET 85-397 DU 3 AVRIL 1985 MODIFIÉ

DS - ARTICLE 20

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 (journée de 7h max)
H.....
H.....
H.....
H.....
H.....
H.....
H.....
TOTALH.....

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)*