

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.
- 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'ils n'aient pas bénéficié d'une prolongation d'activité au titre de l'article 69 du code des pensions civiles. Le maintien en fonction 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 choisie 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. Faire remplir par un médecin agréé, l'avis médical (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** **(tous fonctionnaires)**

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

☐ De 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** **(tous fonctionnaires)** (*au titre de l'article 69 de la loi 2003/775 du 23 août 2003 portant réforme des retraites*)

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** non cummulable avec une demande de prolongation (**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.

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 : ☐

à compter du : ____/____/____

Au titre d'un maintien en fonction ☐

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 :



**ACADÉMIE
DE PARIS**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Document à renvoyer à :

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

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

A REMPLIR PAR LE MEDECIN

1) NOM, Prénom et spécialité du médecin (ou cabinet médical) :

2) NOM, Prénom de l'agent examiné :

3) Objet de l'examen complémentaire :

4) Grade et discipline :

5) Date de l'examen :/...../.....

6) Montant total de la visite (en lettres et cocher ci-dessous la case correspondante) :

	Médecin :	Actes (lettres clés NGAP) :	Tarifs conventionnels :
☐	Généraliste	C + MCS	28 € (23 + 5)
☐	Cardiologue	CsC + MCC + MCG	51 € (45,73 + 3,27 + 2)
☐	Psychiatre, neurologue	CNPSY + MPC + MCS	50,20 € (42,50 + 2,70 + 5)

7) Je vous remercie de joindre IMPERATIVEMENT un RIB et de compléter les informations suivantes :

Numéro de SIRET :

Si pas de n° de SIRET, n° de sécurité sociale : | | | | | | | | | |

date de naissance :/...../..... et lieu de naissance :

Cachet et signature du médecin :

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

Objet de l'examen : expertise médicale

Programme supportant la dépense : ☐ 139 (Privé) ☐ 150 (Supérieur) ☐ 214 (Enseignants) ☐ 214 (Administratifs)

Somme à payer (en toutes lettres) :

Vu pour la certification du service fait : à Paris, le/...../.....

Signature :

Agrafer un relevé d'identité bancaire (RIB)