**Dossier à fournir obligatoirement en double exemplaires** (1 papier+1 PDF)

**INDEMNITE FORFAITAIRE DE CHANGEMENT DE RESIDENCE MUTATION**

***(Décret n°89 – 271 du 12.04.1989 ou Décret 90-437 du 28.05.1990)***

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

* ***Identité du demandeur***

**NOM**: …………………………………………………………………  **PRENOM**: ..………………………………………………………………………….

**Grade** : …………………………………… **Date d’installation dans l’Académie**: .………….……………………………

**Date et lieu de naissance**: ……………………………………………………… / ……………………………………………………………………..

**Numéro de sécurité sociale**: .………..………………………………………………………………………………………………………………..

**Adresse e-mail**: ..………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Etablissement d’affectation actuel**: ……….……………………………………………………………………………………………………

**Académie d’accueil ou nouvel établissement**: .…………………………………………………………………………………………..

**Adresse Personnelle (Martinique)** : ….……………………………………………………………………………………………………………….

**Coordonnées téléphoniques**: .....…………………………………………………………………………………………………………………….

**Nouvelle Adresse Personnelle (après mutation)** : ………………………………………………………………………………………….

**Nouvelles Coordonnées téléphoniques (après mutation)** : ….………………………………………………………………………

* ***Situation Familiale :***

**Marié(e) Célibataire Veuf**

**Divorcé(e) Séparée Pacsé(e) Concubinage**

**Membres de la famille accompagnant l’agent dans sa nouvelle affectation ou l’y rejoignant dans les 9 mois suivant l’installation (article 17 dernier alinéa)**

**CONJOINT : ………………………………………………………………… PROFESSION : ……………………………………………………………….**

**ENFANTS A CHARGE : …………………………………………………. NOMBRE : ……………**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOM** | **Prénom** | **Date de naissance** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**ASCENDANT (Article 4.4) : NOM ………………………………………… PRENOM (S)…………………………………………………………..**

**DATE : ………………………………………………………. SIGNATURE : ……………………………………………………....**