

Année 2015

Le SGAMI/SGAP dont vous relevez :

**VOUS, LE DEMANDEUR****MATRICULE :** \_\_\_\_\_**NOM et PRENOM :** \_\_\_\_\_ **EPOUSE :** \_\_\_\_\_

DATE de naissance : \_\_\_\_\_ LIEU de naissance (ville + N° département) : \_\_\_\_\_

ADRESSE (complète) du demandeur : \_\_\_\_\_

GRADE : \_\_\_\_\_ DATE DU GRADE : \_\_\_\_\_ SPECIALITE EXERCEE : \_\_\_\_\_

**VOTRE SITUATION ADMINISTRATIVE**

SERVICE ACTUEL : \_\_\_\_\_ LIEU : \_\_\_\_\_ DEPUIS LE : \_\_\_\_\_

Fonctions exercées : \_\_\_\_\_

**ANCIENNETE POLICE AU 01/09/2015** \_\_\_\_\_

Date de titularisation dans le corps ..... : \_\_\_\_\_

Position actuelle (en activité, à temps partiel.... etc) : \_\_\_\_\_

**VOTRE SITUATION DE FAMILLE**VOUS ETES :  CELIBATAIRE     EN CONCUBINAGE     PACSE(E)     MARIE(E)  
 SEPRE(E)     DIVORCE(E)     VEUF (VE)     VEUF (VE) d'un fonctionnaire de police

CONJOINT(E) : NOM : \_\_\_\_\_ PROFESSION : \_\_\_\_\_

LIEU D'EXERCICE DE SA PROFESSION : \_\_\_\_\_

ADRESSE du CONJOINT : \_\_\_\_\_

Si le conjoint est fonctionnaire de police, indiquez : - son grade : \_\_\_\_\_Dépose-t-il (elle) une demande de mutation, pour cette année ? NON  OUI  Indiquez le lieu \_\_\_\_\_

NOMBRE et AGE des ENFANTS : \_\_\_\_\_ NBRE D'ENFANTS A CHARGE : \_\_\_\_\_

AUTRES PERSONNES A CHARGE (précisez) : \_\_\_\_\_

**VOS VŒUX****SERVICES +** 1°) \_\_\_\_\_ Poste ouvert\* OUI  NON **VILLE(S) et/ou DOM/COM** 2°) \_\_\_\_\_ Poste ouvert\* OUI  NON sollicité(s) 3°) \_\_\_\_\_ Poste ouvert\* OUI  NON 

(3 vœux au maximum)

**MOTIF DE LA DEMANDE** (L'Administration se réserve le droit, le cas échéant, de réclamer les éléments justifiant le motif de la demande) :

- Rapprochement de conjoint (e)
- Rapprochement familial (précisez la filiation ou si garde alternée) : \_\_\_\_\_
- Convenances professionnelles – précisez si possible : \_\_\_\_\_
- Convenances personnelles – précisez si possible : \_\_\_\_\_
- Autre : \_\_\_\_\_

EST-CE UNE DEMANDE RENOUVELEE ? NON OUI  Précisez le nombre de demandes antérieures et les villes sollicitées :

Remarque : pour les demandes de mutation à caractère médical, social ou familial intra-SGAMI/SGAP s'adresser au SGAMI/SGAP concerné ; à formuler sur postes ouverts ou susceptibles d'être vacants et soumises à l'avis de la CAPL.

A \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_ 2015.

Votre Signature,

\* cochez la case correspondante.

*AVIS des autorités hiérarchiques*

**(1) AVIS DU CHEF DE SERVICE DIRECT**

FAVORABLE

SANS REMPLACEMENT

AVEC REMPLACEMENT

PAR UN AGENT DU MEME GRADE

(si autre l'exprimer)

DEFAVORABLE (A MOTIVER) : -----

DATE : ----- QUALITE DU SIGNATAIRE : -----

**(2) AVIS DE L'AUTORITE SUPERIEURE (SI AVIS NON CONFORME LE MOTIVER)**

CONFORME

NON CONFORME

DATE : ----- QUALITE DU SIGNATAIRE : -----

**(3) AVIS DU PREFET (SGAMI/SGAP) (SI AVIS NON CONFORME LE MOTIVER)**

CONFORME

NON CONFORME

DATE : ----- SIGNATURE : -----

**CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION CENTRALE (DRCPN)**