

Année 2016

Le SGAMI 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 01/09/2016 _____			
Date de titularisation dans le corps _____			
Position actuelle (en activité, à temps partiel.... etc) : _____			
VOTRE SITUATION DE FAMILLE			
VOUS ETES : <input type="checkbox"/> CELIBATAIRE <input type="checkbox"/> EN CONCUBINAGE <input type="checkbox"/> PACSE(E) <input type="checkbox"/> MARIE(E)			
<input type="checkbox"/> SEPRE(E) <input type="checkbox"/> DIVORCE(E) <input type="checkbox"/> VEUF (VE) <input type="checkbox"/> 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 <u>police</u> , indiquez : - son <u>grade</u> : _____			
Dépose-t-il (elle) une demande de mutation, pour cette année ? NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> Indiquez le lieu _____			
NBRE D'ENFANTS A CHARGE : _____			
AUTRES PERSONNES A CHARGE (précisez) : _____			
VOS VŒUX			
SERVICES +	1° _____	Poste ouvert*	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
VILLE(S) et/ou DOM/COM	2° _____	Poste ouvert*	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
sollicité(s)	3° _____	Poste ouvert*	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
(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) :			
<input type="checkbox"/> Rapprochement de conjoint (e)			
<input type="checkbox"/> Rapprochement familial (précisez la filiation ou si garde alternée) : _____			
<input type="checkbox"/> Convenances professionnelles – précisez si possible : _____			
<input type="checkbox"/> Convenances personnelles – précisez si possible : _____			
<input type="checkbox"/> Autre : _____			
EST-CE UNE DEMANDE RENOUVELEE ? NON <input type="checkbox"/>			
OUI <input type="checkbox"/> Précisez le nombre de demandes antérieures et les villes sollicitées : _____			
Remarque : pour les demandes de mutation à caractère médical, social ou familial intra-SGAMI s'adresser au SGAMI concerné ; à formuler sur postes ouverts ou susceptibles d'être vacants et soumises à l'avis de la CAPL.			

A _____ Le _____ 2016.

Votre Signature,

* cochez la case correspondante.

AVIS des autorités hiérarchiques

(1) AVIS DU CHEF DE SERVICE DIRECT

<input type="checkbox"/> FAVORABLE	<input type="checkbox"/> SANS REMPLACEMENT	<input type="checkbox"/> PAR UN AGENT DU MEME GRADE (si autre l'exprimer)
	<input type="checkbox"/> AVEC REMPLACEMENT	
<input type="checkbox"/> DEFAVORABLE (A MOTIVER) : ----- ----- ----- -----		

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

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

<input type="checkbox"/> CONFORME	-----
<input type="checkbox"/> NON CONFORME	-----

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

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

<input type="checkbox"/> CONFORME	-----
<input type="checkbox"/> NON CONFORME	-----

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

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION CENTRALE (DRCPN)