

**Corps Départemental**  
**Demande de maintien en activité**  
**Au-delà de 60 ans**

GRADE NOM Prénom

à

Monsieur le Président  
du Conseil d'Administration du SDIS

CENTRE ..... **Numéro Matricule** .....

**Je soussigné(e)** .....

né(e) le ..... à ..... ( \_ \_ \_ \_ )

demeurant

**Demande un maintien en activité au-delà de 60 ans à compter du** .....  
**(date d'anniversaire de l'intéressé(e)) pour une année.**

**Date de la visite médicale :** .....

*Selon l'article R723-52 du code de la sécurité intérieure, l'engagement d'un sapeur-pompier volontaire prend fin de plein droit lorsque l'intéressé(e) atteint l'âge de 60 ans.*

*Les sapeurs-pompiers peuvent, sur leur demande, sous réserve de remplir les conditions de santé particulières exigées et dûment certifiées par un médecin de sapeurs-pompiers désigné selon les modalités prévues à l'article R.723-7, bénéficier d'un maintien en activité jusqu'à l'âge de 65 ans.*

Fait à ....., le .....

Signature

**Avis du chef de centre**

Avis Favorable / Défavorable

Fait à ....., le .....

Signature

**Avis du chef de compagnie**

Avis Favorable / Défavorable

Fait à ....., le .....

Signature

**Avis du chef de groupement**

Avis Favorable / Défavorable

Fait à ....., le .....

Signature