

**ATTESTATION de CUMUL**

**D’AVANCEMENT TRIENNAL**

TUTELLE : (Identité)

 (Nom, prénom de l’autorité de tutelle)

ORGANISME DE GESTION : (Nom et coordonnées)

(Nom, prénom du président)

ETABLISSEMENT: (Nom et coordonnées)

CHEF d’ETABLISSEMENT: (Nom, Prénom)

Au (jour, mois, année), date de sa cessation de fonctions dans l’établissement précité, Mme, Mlle, M. (Nom, Prénom), chef d’établissement justifie d’un cumul total de ………………… points au titre de son avancement triennal.

La dernière période triennale ayant débuté le (jour, mois, année), la prochaine période triennale débutera en conséquence le (jour, mois, année).

Fait pour valoir ce que droit.

Pour la tutelle Pour l’Organisme de Gestion

L’autorité de tutelle ou son représentant Le Président

(signature) (signature)

Le Chef d’établissement,

(signature avec mention lu et approuvé)