

Annexe 1 : FORMULAIRE DE DEMANDE DE TEMPS PARTIEL EN COURS D'ANNÉE

À transmettre obligatoirement à la division du personnel par mail : ce.ia01-diper@ac-lyon.fr

2 MOIS AVANT LA DATE DE REPRISSE DE FONCTION

NOM: _____ **Prénom:** _____

Adresse personnelle: _____

E-mail académique: _____@ac-lyon.fr **Tel:** _____

Nommé(e): à titre définitif à titre provisoire sans poste

Sur poste: non fractionné fractionné

Fonctions exercées: adjoint directeur Titulaire remplaçant

autre : _____

Ecole (nom et RNE): _____

Circonscription: _____

Niveau de la classe: PS MS GS CP CE1 CE2 CM1 CM2

☛ **Je sollicite un temps partiel :**

DE DROIT en cours d'année suite à :

Congé maternité }

Congé paternité } Précisez la date de fin du congé :

Congé parental } _____

Congé d'adoption }

SUR AUTORISATION en cours d'année pour :

Raisons médicales (contacter le médecin de prévention ce.ia01-medper@ac-lyon.fr - Tél : 04 26 37 70 04)

Raisons sociales (contacter l'assistante du service social : ce.ia01-ssocper@ac-lyon.fr - Tél : 04 26 37 70 01)

➤ **Attention : un temps partiel sur autorisation en cours d'année n'est accordé qu'en cas de situation exceptionnelle**

☛ **Je choisis la quotité suivante (cochez la case de votre choix) :**

Choix	Quotité de travail	Jours travaillés dans une école répartis sur 9 demi-journées hebdomadaires	Jours travaillés dans une école répartis sur 8 demi-journées hebdomadaires
<input type="checkbox"/>	50 %	2 jours + 18 mercredis	2 jours
<input type="checkbox"/>	75%	3 jours + 27 mercredis	3 jours

CADRE RÉSERVÉ À LA CIRCONSCRIPTION

➤ En cas de poste fractionné

Poste libéré 1 :

Ecole : _____

UAI : 001 _____

Quotité : _____

Poste libéré 2 :

Ecole : _____

UAI : 001 _____

Quotité : _____

➤ En cas de poste plein :

Fraction de _____ % assurée par TR ZIL, ZDA, ZR : _____

(soumis à la validation de la division des personnels)

ENSEIGNANT

✓ J'atteste l'exactitude des informations ci-dessus

✓ J'atteste avoir pris connaissance de la circulaire relative aux temps partiels pour l'année scolaire 2022-2023

Fait à : _____

Le : / /

Signature de l'enseignant :

INSPECTEUR(TRICE) DE LA CIRCONSCRIPTION

Pris connaissance le / /

Signature de l'inspecteur(trice),