

Formulaire à retourner impérativement S/C de l' IEN de CIRCONSCRIPTION

DEMANDE D'EXERCICE DES FONCTIONS A TEMPS PARTIEL ou REPRISE A TEMPS PLEIN Année scolaire 2024/2025

NOM d'usage : PRENOM :

NOM patronymique : N° de TELEPHONE :

ADRESSE PERSONNELLE :

E-MAIL :@ac-besancon.fr

ETABLISSEMENT D'EXERCICE en 2023-2024 :

CIRCONSCRIPTION : Affectation à titre définitif ou provisoire

QUOTITE de service 2023-2024 : 50% 75% 100%

J'envisage de participer au mouvement 2024 (concerne les enseignants.es affectés.es à titre définitif) OUI NON

Nombre d'enfant(s) à charge : dont nombre d'enfant(s) de moins de 16 ans :

Dates de naissance :

⇒ I : DEMANDE DE TEMPS PARTIEL (mettre une croix selon votre choix)

	DE DROIT	SUR AUTORISATION
Pour le motif suivant : (joindre impérativement les justificatifs pour toutes les situations ci-contre)	<input type="checkbox"/> Elever un (des) enfant(s) de moins de 3 ans <input type="checkbox"/> Situation de handicap du fonctionnaire <input type="checkbox"/> Donner des soins au conjoint ou conjointe, à un enfant à charge ou à un ascendant	<input type="checkbox"/> Pour élever un enfant de plus de trois ans et de moins de 16 ans (courrier + justificatifs) <input type="checkbox"/> Pour raisons avérées de santé, joindre : - Une demande sans dossier médical pour le service - Une copie de la demande avec un certificat médical sous pli confidentiel du médecin traitant qui sera adressé au médecin du travail par la DPE1 <input type="checkbox"/> Pour convenances personnelles (impérativement lettre motivée + justificatifs)
Quotité demandée (selon le rythme scolaire de l'école d'affectation)	50 % <input type="checkbox"/> 75 % <input type="checkbox"/>	50 % <input type="checkbox"/> 75 % <input type="checkbox"/>
Temps partiel annualisé		Je souhaite travailler à 50 % : <input type="checkbox"/> du 01/09/2024 au 01/02/2025 <input type="checkbox"/> du 02/02/2025 au 07/07/2025

II : SURCOTISATION

cf. notice temps partiel, paragraphe IV

Je souhaite bénéficier de l'application de l'article L11 bis du CPCMR et je demande le décompte de mes périodes de travail à temps partiel comme des périodes de travail à taux plein, pour le calcul de ma pension. Je m'acquitterai de la retenue correspondante.

Je soussigné.e _____, certifie avoir pris connaissance de la note de service départementale en date du 6 novembre 2023.

⇒ J'ai bien noté que mon emploi du temps sera déterminé lors de la pré-rentree, notamment en fonction de la situation des autres enseignants de l'école, et qu'en cas d'annualisation, mon temps partiel sera subordonné à l'intérêt du service.

III : DEMANDE DE REPRISE A TEMPS PLEIN :

Je sollicite ma reprise de travail à temps plein à compter du 01/09/2024

Fait à _____ le _____ Signature :

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION :

Visa de l' IEN de circonscription

ou chef d'établissement (enseignants en collègue)

Le

TP de Droit TP sur Autorisation Reprise à temps plein

Décision de l'Inspecteur d'académique, Directeur académique,

Demande ACCORDEE Demande REFUSEE

Pour le directeur académique des services de l'éducation nationale du Doubs

Par délégation, le secrétaire général

N. ARNOULT