

TEMPS PARTIEL ANNUALISE
Année scolaire 2013-2014 (date limite de retour : 20 avril 2013)

ANNEXE 4

| | |
|------------------------------------|---|
| Nom d'usage _____ | Nom de famille _____ |
| Prénom _____ | Grade <input type="checkbox"/> Professeur des écoles <input type="checkbox"/> Instituteur |
| Date de naissance _____ | |
| <u>Lieu d'exercice 2012-2013 :</u> | <u>Affectation à titre définitif :</u> (si différente du lieu d'exercice) |
| Ecole _____ | Ecole _____ |
| Poste _____ | Poste _____ |

Modalité d'affectation : TITRE DEFINITIF TITRE PROVISOIRE
Participation au mouvement départemental des enseignants du 1^{er} degré en 2013 : OUI NON

→ Sollicite l'autorisation d'exercer mes fonctions à **temps partiel annualisé** pour l'année scolaire 2013-2014 dans les conditions d'exercice suivantes :

1^{ère} demande Renouvellement

| Quotité souhaitée | Ecoles fonctionnant sur 4 jours | Ecoles fonctionnant sur 4 jours et demi |
|--|---|---|
| Choisissez votre organisation dans les deux cas | <input type="checkbox"/> (50 %) <input type="checkbox"/> (75 %) <input type="checkbox"/> (80 %) | <input type="checkbox"/> (50 %) <input type="checkbox"/> (75 %) <input type="checkbox"/> (80 %) |

période travaillée : 1^{ère} partie de l'année 2^{ème} partie de l'année
 période non travaillée à l'issue d'un congé maternité puis période travaillée à temps complet

Temps partiel par autorisation

Motifs de la demande : (à expliciter obligatoirement ; joindre tous les justificatifs utiles)

Temps partiel de droit (motif à préciser ci-dessous) :

Suite à une naissance ou une adoption Date de naissance ou d'arrivée au foyer de l'enfant _____

| | | |
|---|---------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Aux fonctionnaires handicapés relevant des catégories visées aux 1°,2°,3°,4°,9°,10° et 11° de l'article L. 323-3 du code du travail, après avis du médecin de prévention. <input type="checkbox"/> Création ou reprise d'une entreprise. <input type="checkbox"/> Pour donner des soins à son conjoint, à un enfant à charge ou à un ascendant atteint d'un handicap nécessitant la présence d'une tierce personne, ou victime d'un accident ou d'une maladie grave. | Fournir les justificatifs | <input type="checkbox"/> Ayant sollicité un temps partiel, je demande à surcotiser (optionnel voir point VI de la note d'information départementale) |
|---|---------------------------|--|

| | | |
|---|---|---|
| Si ma demande ne peut être satisfaite sur la base de l'organisation sollicitée ci-dessus, je souhaite : (en cas de refus et en l'absence de demande d'une autre organisation, l'exercice se fera à <u>temps complet</u>) | Ecoles fonctionnant sur 4 jours <input type="checkbox"/> (50 %) <input type="checkbox"/> (75 %) <input type="checkbox"/> (80 %) | Ecoles fonctionnant sur 4 jours et demi <input type="checkbox"/> (50 %) <input type="checkbox"/> (75 %) <input type="checkbox"/> (80 %) |
| | <input type="checkbox"/> exercer mes fonctions à temps complet | |

A _____ le _____

Signature du demandeur :