

TEMPS PARTIEL ANNUALISE Année scolaire 2014-2015 (date limite de retour : 14 février 2014)		ANNEXE 4	
Nom d'usage _____ Prénom _____ Date de naissance _____		Nom de famille _____ Grade ☐ Professeur des écoles ☐ Instituteur <u>Affectation à titre définitif :</u> (si différente du lieu d'exercice) Ecole _____ Poste _____	
<u>Lieu d'exercice 2013-2014 :</u> Ecole _____ Poste _____		(si différente du lieu d'exercice) Ecole _____ Poste _____	
Modalité d'affectation : ☐ TITRE DEFINITIF ☐ TITRE PROVISOIRE Participation au mouvement départemental des enseignants du 1^{er} degré en 2014 : ☐ OUI ☐ NON			
→ Sollicite l'autorisation d'exercer mes fonctions à <u>temps partiel annualisé</u> pour l'année scolaire 2014-2015 dans les conditions d'exercice suivantes :			
☐ 1ère demande		☐ Renouvellement	
Quotité souhaitée : choisissez votre organisation		☐ (50 %) ☐ (75 %) ☐ (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			
<u>Motifs de la demande :</u> (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 _____			
☐ 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.		Fournir les justificatifs	☐ Ayant sollicité un temps partiel, je demande à surcotiser (optionnel voir point VI de la note d'information départementale)
☐ Création ou reprise d'une entreprise.			
☐ 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.			
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>)		☐ (50 %) ☐ (75 %) ☐ (80 %) ☐ exercer mes fonctions à temps complet	
A _____ le _____		Signature du demandeur :	
Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale du Finistère – Division du 1er degré – 1er degré public			