

**DEMANDE D’AUTORISATION DE CUMUL D’ACTIVITES**

**A TITRE ACCESSOIRE**

**AGENTS A TEMPS COMPLET OU A TEMPS PARTIEL**

**Décret 2020-69 du 30 janvier 2020**

**DSDEN 34**

**DSDEN 30**

**DSDEN 11**

**DSDEN 48**

**DSDEN 66**

**DSDEN 34**

NOM – PRENOM :……………………………………………………………………………………………………………...

CORPS / GRADE : …………………………………… DISCIPLINE (pour les enseignants) : …………………………..

ADRESSE PROFESSIONNELLE : …………………………………………………………………………………………..

TELEPHONE : ……………………………………… ADRESSE ELECTRONIQUE : ……………………………………

**DESCRIPTION DE L’ACTIVITE PRINCIPALE EXERCEE :**

ETABLISSEMENT /SERVICE : ………………………………………………………………………………………………

Fonctions exercées : …………………………………………………………………………………………………………..

Exercez-vous ces fonctions : □ à temps complet □ à temps partiel (quotité : …………)

Position administrative pendant la période de cumul :

□ activité □ congé parental

□ congé de formation professionnelle □ autres (préciser) : …………………………...

**PROJET DE CUMUL AVEC UNE ACTIVITE ACCESSOIRE :**

**ATTENTION : la demande d’autorisation doit être préalable à la date de début de l’activité.**

**A – DESCRIPTION DE L’ACTIVITE ENVISAGEE :**

Préciser s’il s’agit :

□ **d’une activité publique**

Nom et adresse de l’établissement : (préciser si Etat, collectivités territoriales, organisme public….) : …………………………………………………………………………………………………………………………………...

....................................................................................................................................................................................

□ **d’une activité privée**

Nom et adresse de l’établissement : ………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………………………………………....

**Nature de l’activité accessoire :** ……………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Situation dans l’activité accessoire**(contractuel, vacataire…)**:** ……………………………………………………….

**Temps de travail consacré à cette activité** (nombre d’heures hebdomadaires /annuelles) **:** ……………………...

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Période à prendre en compte pour cette activité :** du …………………………….. au ………………………………

**Modalités de rémunération de l’activité :**

Forme de la rémunération : Traitement (préciser l’indice) – Indemnités – Honoraires – Vacations (préciser le taux horaire) – Autre forme (préciser) : ……………………………………………………………………………………………

Montant annuel de la rémunération : ………………………………………………………………………………………...

**Conditions de réalisation de l’activité** (préciser lesjours et horaires de l’activité) : …………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………....

**B – AUTRES ACTIVITES ACCESSOIRES AU TITRE DE CETTE PRESENTE ANNEE SCOLAIRE :**

**Avez-vous déjà eu des autorisations de cumul d’activités au titre de cette présente année scolaire ?**

□ Oui □ Non

En cas de réponse positive, veuillez décrire précisément ces activités (nature de l’activité, caractère public ou privé, durée, périodicité et horaires, montant de la rémunération…) : …………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………………………………………....

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

* Je prends note qu’en cas de changement substantiel dans les conditions d’exercice ou de rémunération

de l’activité faisant l’objet de cette demande d’autorisation, je devrais formuler une nouvelle demande d’autorisation.

* Je prends note que l’autorisation n’est pas définitive et que l’administration peut, à tout moment, s’opposer à l’exercice ou à la poursuite d’une activité qui a été autorisée si :
* l’activité autorisée perd son caractère accessoire,
* l’activité porte atteinte au fonctionnement normal, à l’indépendance ou à la neutralité du service,
* les informations sur le fondement desquelles l’autorisation a été donnée apparaissent erronées.
* Je certifie avoir pris connaissance des dispositions du décret n° 2017-105 du 27/01/ 2017 relatif à l'exercice d'activités privées par des agents publics et certains agents contractuels de droit privé ayant cessé leurs fonctions, aux cumuls d'activités et à la commission de déontologie de la fonction publique

Fait à ……………………………………….. le ………………………………

Signature du demandeur :

**DECLARATION SUR L’HONNEUR**

**AVIS ET VISA DE l’INSPECTEUR DE L’EDUCATION NATIONALE DE CIRCONSCRIPTION**

□ Favorable

□ Défavorable

Motif(s) avis défavorable  :………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………….....

Fait à ……………………………………….. le ………………………………

Signature :

**DECISION DU DIRECTEUR ACADEMIQUE DES SERVICES DE L’EDUCATION NATIONALE**

□ Autorisation accordée

□ Autorisation refusée

Motif(s) refus :………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………….....

Fait à Montpellier, le ………………………………

Signature :

**La présente décision ne vaut que pour l’année scolaire en cours et**

**doit donner lieu à renouvellement annuel.**

**Demande à transmettre :**

* **Pour les personnels enseignants du premier degré du département de l’Hérault :**

Service des personnels enseignants 1er degré de l’Hérault (SPE34)

Mel : ce.dsden34-spe34@ac-montpellier.fr - Tél secrétariat : 04.67.91.52.71

* **Pour les personnels enseignants du premier degré du département du Gard**

Division des ressources humaines 1er degré du Gard (DRH30)

Mel : ce.ia30srh@ac-montpellier.fr- Tél secrétariat : 04.66.62.86.06

* **Pour les personnels enseignants du premier degré du département de l’Aude :**

Division des personnels enseignants 1er degré de l’Aude (DIPER11)

Mel : diper11@ac-montpellier.fr – Téléphone : 04.68.11.57.84

* **Pour les personnels enseignants du premier degré du département de la Lozère :**

Division des ressources humaines et des emplois du 1er degré de la Lozère (DRHE48)

Mel : ce.ia48drh@ac-montpellier.fr – Tél secrétariat : 04.66.49.51.13 /51.26

* **Pour les personnels enseignants du premier degré du département des Pyrénées Orientales :**

Direction des ressources humaines et des emplois du 1er degré des Pyrénées Orientales (DRHE66)

Mel : ce.dsden66srhe@ac-montpellier.fr – Téléphone : 04 68 66 28 62