

## DEMANDE DE REINTEGRATION A TEMPS COMPLET

RENTREE SCOLAIRE 2015

***Date limite de retour à la circonscription de rattachement. : le 27 février 2015***

DIVISION DES PERSONNELS ENSEIGNANTS

Bureau 20

☎ 02-47-60-77-16

✉ Carine CELLUPICA

☎ 02-47-60-77-15

✉ Martine MOREAU

**Préciser la quotité accordée en 2014-2015 : .....%**

Je soussigné(e) :

NOM : .....

NOM de jeune fille : ..... Prénom : .....

Ecole d'affectation : .....

Nature du poste : .....

(préciser adjoint - directeur d'école - ZIL ou Brigade – enseignant spécialisé ou autres)

sollicite l'autorisation d'exercer mes fonctions à temps complet à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2015.

A .....le.....

Signature