

# Demande d'autorisation d'exercer à temps partiel

## Année scolaire 2021/2022

1<sup>ère</sup> demande  - Renouvellement

**En l'absence des justificatifs exigés la demande ne pourra être instruite**

NOM : ..... Prénom : .....

Affectation actuelle : .....

Adresse personnelle : .....

Fonctions exercées :      adjoint                       directeur                       titulaire remplaçant

**sollicite l'autorisation d'exercer à temps partiel à compter du 01/09/2021 pour la durée de l'année scolaire :**

	de droit	sur autorisation <i><b>Rappel : la demande de temps partiel sur autorisation doit être impérativement accompagnée d'un courrier motivant la demande et des justificatifs nécessaires (voir notice)</b></i>	Cadre réservé à l'administration
Pour le motif suivant :	<input type="checkbox"/> naissance ou adoption enfant(s) de moins de 3 ans <u>Aux 3 ans de l'enfant :</u> <input type="checkbox"/> prolongation par temps partiel sur autorisation <input type="checkbox"/> reprise à temps complet <input type="checkbox"/> handicap (joindre justificatif) <input type="checkbox"/> donner des soins au conjoint, enfant, ascendant (joindre justificatif)	<b>Motif de la demande :</b> <input type="checkbox"/> Médical (avis du service de la médecine de prévention) <input type="checkbox"/> Professionnel (courrier revêtu de l'avis de l'IEN) <input type="checkbox"/> Social (courrier à l'assistante sociale) <input type="checkbox"/> Familial : - Éloignement/célibat géographique : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non - Nombre d'enfants de moins de 11 ans au 31 août de l'année scolaire en cours : ..... - Famille monoparentale : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Création d'entreprise <input type="checkbox"/> Autre : (Détailé succinctement) .....	<input type="checkbox"/> Avis médecine de prévention <input type="checkbox"/> Courrier avec avis IEN <input type="checkbox"/> Courrier adressé à l'AS <input type="checkbox"/> Justificatif de domicile <input type="checkbox"/> Copie livret de famille <input type="checkbox"/> Avis d'imposition avec le nombre de parts <input type="checkbox"/> Document concernant la création et copie de la demande de cumul
<b><u>Demande de surcotisation (uniquement pour le temps partiel sur autorisation) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</u></b> <input type="checkbox"/> Je souhaite des informations sur la surcotisation			
Nombre de ½ journées libérées	<b>Temps partiel dans un cadre hebdomadaire</b> <input type="checkbox"/> 2 ½ journées libérées <input type="checkbox"/> 4 ½ journées libérées		
Journées souhaitées	<input type="checkbox"/> Lundi - <input type="checkbox"/> Mardi - <input type="checkbox"/> Mercredi - <input type="checkbox"/> Jeudi - <input type="checkbox"/> Vendredi		
<b>1) Pour les personnels souhaitant exercer à 80%, il est impératif de joindre à la demande de temps partiel l'attestation d'engagement à rendre les heures non effectuées (Cf annexe jointe).</b>			
<b>2) Si 80% souhaité, informations relatives au caractère exceptionnel de la situation justifiant l'octroi de cette quotité (ces informations peuvent être jointes sous pli cacheté) :</b>			
<b>Temps Partiel annualisé</b>			
	<input type="checkbox"/> 50%    période travaillée : <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2		
	<input type="checkbox"/> 80% période interruptive : <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5		

Si vous sollicitez un temps partiel sur autorisation **pour raisons médicales** ou **pour raisons sociales** vous devez fournir tout élément susceptible d'éclairer votre demande, sous pli cacheté.

Si vous déposez une demande dans ce cadre, merci de bien vouloir préciser :

**je joins le pli cacheté à la présente demande et l'administration fera suivre au service concerné.**

**Je transmets un pli cacheté directement :**

**au service de médecine de prévention du rectorat accompagné d'une copie de la présente demande de temps partiel**

Rectorat de l'Académie de NANCY-METZ  
Médecine de prévention  
CO n°30013  
54035 NANCY  
Téléphone : 03.83.86.20.72  
Fax : 03.83.86.23.93  
[ce.medecine-prevention@ac-nancy-metz.fr](mailto:ce.medecine-prevention@ac-nancy-metz.fr)

**au service social**

DSDEN 55  
Service social en faveur des personnels – Mme DUFFING Laure  
24 Avenue du 94e R.I.  
BP 20564  
55000 BAR LE DUC Cedex  
Téléphone : 03.29.76.63.83  
[laure.duffing@ac-nancy-metz.fr](mailto:laure.duffing@ac-nancy-metz.fr)

**Avis IEN :**

- Favorable sur l'exercice à TP **sur autorisation**  Favorable sur la quotité  
 Défavorable sur l'exercice à TP **sur autorisation** (à motiver) :  Défavorable sur la quotité

Si les modalités de temps partiel sollicitées ne peuvent être organisées, un entretien avec l'IEN de circonscription peut avoir lieu afin de rechercher celles qui seraient le plus à même de concilier l'intérêt du service avec les souhaits que vous avez émis.

Vous souhaitez :

- Un entretien dans les locaux de l'IEN.  
 Un entretien téléphonique avec l'IEN.

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

*Signature*

**Calcul de la quotité par l'IEN :** .....

L'intéressé(e) a été contacté :

- En cas de refus de la quotité demandée, l'intéressé(e) accepte une autre quotité à : .....
- En cas de refus de la quotité demandée, l'intéressé(e) souhaite reprendre à temps complet.

**Visa IEN :**

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_