

TRAVAIL A TEMPS PARTIEL

ANNÉE SCOLAIRE 2014-2015

Je soussigné(e).....

(Nom- Prénom)

Poste occupé : à titre définitif à titre provisoire

Affectation :

participe au mouvement des instituteurs et professeurs des écoles – rentrée 2014 OUI NON

- ◇ PREMIÈRE DEMANDE
- ◇ RENOUELEMENT
- ◇ MODIFICATION DU TEMPS PARTIEL

et sollicite :

un temps partiel de droit pour raisons familiales*

pour élever un enfant

à compter du 1^{er} septembre 2014

*A remplir par les enseignants dont l'enfant atteindra l'âge de trois ans au cours de l'année scolaire :
Au 3^{ème} anniversaire de mon enfant, je demande :*

à reprendre à temps complet

à être maintenu(e) à temps partiel jusqu'au 31/08/2015

à l'issue de mon congé de maternité (date présumée d'accouchement :.....)

pour donner des soins

au titre d'un handicap

un temps partiel sur autorisation

quotité de service souhaitée :

50%

1 journée par semaine (inférieure ou égale à 5h30)

A préciser les journées < ou = à 5h30

80%

↳ temps partiel annualisé

modalité souhaitée :

hebdomadaire

annualisée

par alternance d'une période travaillée et d'une période non travaillée

par répartition sur l'ensemble de l'année scolaire (80% uniquement)

Au cas où les nécessités de service se révéleraient incompatibles avec la quotité horaire envisagée, je demande :

à exercer mes fonctions à temps partiel (préciser la quotité et la modalité souhaitées)

quotité :

modalité :

mon maintien ou ma réintégration à temps plein.

à compléter si directeur d'école ou en cas de demande de temps partiel annualisé

Je suis directeur d'école et je m'engage à assumer mes fonctions de direction

J'ai pris connaissance des règles particulières relatives à la mise en oeuvre du temps partiel annualisé et je m'engage à les respecter.

Date :

Signature :

*pièces justificatives à fournir pour les demandes de temps partiel pour donner des soins :

- en cas d'accident ou de maladie grave : certificat médical émanant d'un praticien hospitalier (à renouveler tous les six mois)

- dans le cas d'un handicap nécessitant la présence d'une tierce personne :

• pour un enfant handicapé, copie de la notification de l'allocation d'éducation spéciale

• pour un conjoint ou un ascendant, une copie de la carte d'invalidité et/ou de la notification de l'allocation aux adultes handicapés et/ou de l'indemnité compensatrice pour tierce personne.

◇ RÉINTEGRATION A TEMPS COMPLET

sollicite ma réintégration à temps complet à la prochaine rentrée scolaire.

AVIS DE L'IEN :

A _____, le
Signature