**MOUVEMENT 1er degré 2015**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Vous êtes Instituteur ou Professeur des Ecoles***  ***et vous participez au mouvement ...*** | | |
| **Fiche de contrôle syndical**  **Mouvement**  **2015** | Conservez une copie de tous vos échanges avec l’administration et faites parvenir au **SE-UNSA 89** une copie de votre **accusé de réception** (lequel sera envoyé par l’IA sur votre boîte iProf ) accompagné de l’annexe 2, afin que nous puissions effectuer la vérification de votre barème  **A retourner au SE-UNSA 89**  **7 rue Max Quantin 89000 AUXERRE**  Tél : 03.86.52.13.27  .Fax : 03.86.52.82.96  E-mail : 89@se-unsa.org |  |

**NOM : .......................... Prénom : ...................... Date naissance : ... / ... / .....**

**Syndiqué(e) au SE-UNSA : Oui - Non**

**Nom de jeune fille : ................... Temps partiel actuel : Oui Non .....%**

**Temps partiel demandé : Oui - Non : …….....................................……..%**

**Téléphone pers. : ... ..................... Portable : .............................................**

**E-mail pers. : ......................................... @ .....................................................**

**Adresse pers. :.................................................................................................**

**CP/Ville :.............................................................................................................**

**Poste actuel (détailler si fractionné) :......................................**

**Etes-vous en EREA : OUI – NON depuis……………**

**À titre définitif : Oui - Non**

**Ancienneté Générale des Services publics au 31.08.2015**

**(1pt par an, 1/12ème par mois, 1/360ème par jour)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| année(s) | *point(s)* | mois | *point(s)* | jours | *point(s)* | **total AGS** |
|  |  |  |  |  |  | pts |

**Des services publics antérieurs sont-ils en cours de validation ? Oui - Non**

**Précisez la durée et les services effectués :**

**....................................................................................**

**......................................................................................**

**PES: Avez-vous enseigné, avant cette année de PE stagiaire ? Oui - Non**

**Précisez la durée et les services effectués :**

**........................................................................................**

**AUTRES ELEMENTS du BAREME**

***- MCS :* bénéficiez-vous d’une Mesure de Carte Scolaire (fermeture de votre poste) : Oui - Non**

***- Priorité médicale et/ou sociale :* Oui -  Non *(fournir une copie de la demande et des documents justificatifs)***

***- Enfant(s) à charge* (au titre des allocations familiales, pris en compte jusqu’à l’âge de 20 ans)**

* **........ enfant(s) au 1.01.2015**

***- Enfant(s) à naître :* ....... enfant(s)**

***- Eloignement* : >= 40 km du domicile (commune) à l’école de rattachement (commune) en 2014-2015  : Oui - Non**

***- Exercez-vous en ZEP ?* Oui - Non Depuis ...........**

***- Personnel nommé sur poste fractionné*, dans le cas où les communes sont distantes de + de 20 km) : Oui – Non**

**-**

***- Personnel non titulaire du CAEI, CAPSAIS ou CAPA-SH et exerçant sur un poste spécialisé***

Vous exercez sur poste spécialisé (***CLIS, IME, ULIS, SEGPA*)  Oui - Non**

**Précisez depuis quand ......**

Vous exercez à titre provisoire sur poste de ZIL – ASH : **OUI – NON**

**Précisez depuis quand ......**

**Vous appartenez à la Brigade Départementale, et vous avez assuré le remplacement des stages CAPA-SH de façon continue cette année : Oui - Non**

**Vous partez en formation CAPA-SH en 2015 / 2016 (remplissez alors les cases ci-dessus) :**

**Oui - Non**

**POUR LES POSTES DE DIRECTION (2 classes et plus)**

**Vous êtes :**

**👉👉Sur liste d’aptitude de directeur : OUI – NON : depuis :……….**

**👉👉Directeur sans décharge suite à la perte d’une classe  : OUI - NON**

**👉👉Faisant fonction de directeur cette année *(NB : la bonification est attribuée au vœu concernant la direction occupée par intérim cette année)* : OUI - NON**

* **Intérim de direction de – de 6 mois : OUI – NON**
* **Intérim de direction de + de 6 mois : OUI - NON**

**Barème :  pts**

***Cette fiche peut être photocopiée autant de fois que nécessaire et remise à tout collègue, même non syndiqué au SE-UNSA.***