

Demande de temps partiel pour l'année scolaire 2019-2020

(DSDEN 93 – Service de gestion individuelle et financière – Campagnes 2019 - bureau 4D06 - 8 rue Claude Bernard – 93008 Bobigny Cedex)

Je soussigné (e) :

Nom d'usage : Nom de famille :

Prénom : Né(e) le : NUMEN :

Adresse :

Tel portable :

Courriel éducation nationale¹ :@ac-creteil.fr

Affectation (Ecole – ville) :

Fonction :

Corps/Grade² :

<input type="checkbox"/> Sollicite un TEMPS PARTIEL DE DROIT pour l'année 2019-2020 1^{ère} demande	<input type="checkbox"/> Sollicite un TEMPS PARTIEL DE DROIT pour l'année 2019-2020 Renouvellement	<input type="checkbox"/> Sollicite un TEMPS PARTIEL SUR AUTORISATION pour l'année 2019-2020 1^{ère} demande ou renouvellement
Date limite de réception de la demande 2 mois avant la période d'exercice à temps partiel	Date limite de réception de la demande fixée au 11 mars 2019 (cachet de la poste faisant foi)	Date limite de réception de la demande fixée au 11 mars 2019 (cachet de la poste faisant foi)
<input type="checkbox"/> pour élever un enfant de moins de 3 ans (date de naissance de l'enfant :) Si l'enfant atteint ses 3 ans au cours de l'année scolaire, je souhaite : <input type="checkbox"/> reprendre mon activité à temps complet <input type="checkbox"/> garder la même quotité en temps partiel sur autorisation <i>Pièce justificative à joindre : extrait d'acte de naissance ou copie du livret de famille</i>	<input type="checkbox"/> pour élever un enfant de moins de 3 ans (date de naissance de l'enfant :) Si l'enfant atteint ses 3 ans au cours de l'année scolaire, je souhaite : <input type="checkbox"/> reprendre mon activité à temps complet <input type="checkbox"/> garder la même quotité en temps partiel sur autorisation	Le temps partiel sur autorisation est, par définition, soumis à l'appréciation de l'inspecteur d'académie, directeur académique. Joindre obligatoirement une lettre de motivation et les justificatifs de la situation.
<input type="checkbox"/> pour donner des soins à conjoint, enfant ou ascendant malade ou dépendant <i>Demande soumise à l'avis du Médecin de Prévention, pièce justificative à joindre : certificats médicaux détaillés sous pli confidentiel</i>	<input type="checkbox"/> pour donner des soins à conjoint, enfant ou ascendant malade ou dépendant <i>Demande soumise à l'avis du Médecin de Prévention, pièce justificative à joindre : certificats médicaux détaillés sous pli confidentiel</i>	
<input type="checkbox"/> pour handicap (joindre justificatif). 1^{er} vœu :	<input type="checkbox"/> pour handicap (joindre justificatif). 1^{er} vœu :	1^{er} vœu :
<input type="checkbox"/> 50% hebdomadaire <input type="checkbox"/> 75% hebdomadaire <input type="checkbox"/> 50% annualisé (présence en 1 ^{ère} partie de l'année) <input type="checkbox"/> 80% annualisé en quintet	<input type="checkbox"/> 50% hebdomadaire <input type="checkbox"/> 75% hebdomadaire <input type="checkbox"/> 50% annualisé (présence en 1 ^{ère} partie de l'année) <input type="checkbox"/> 80% annualisé en quintet	<input type="checkbox"/> 50% hebdomadaire <input type="checkbox"/> 75% hebdomadaire <input type="checkbox"/> 50% annualisé (présence en 1 ^{ère} partie de l'année) <input type="checkbox"/> 80% annualisé en quintet
2^{ème} vœu : <input type="checkbox"/> temps plein <input type="checkbox"/> 50% hebdomadaire <input type="checkbox"/> 75% hebdomadaire <input type="checkbox"/> 50% annualisé (présence en 1 ^{ère} partie de l'année) <input type="checkbox"/> 80% annualisé en quintet	2^{ème} vœu : <input type="checkbox"/> temps plein <input type="checkbox"/> 50% hebdomadaire <input type="checkbox"/> 75% hebdomadaire <input type="checkbox"/> 50% annualisé (présence en 1 ^{ère} partie de l'année) <input type="checkbox"/> 80% annualisé en quintet	2^{ème} vœu : <input type="checkbox"/> temps plein <input type="checkbox"/> 50% hebdomadaire <input type="checkbox"/> 75% hebdomadaire <input type="checkbox"/> 50% annualisé (présence en 1 ^{ère} partie de l'année) <input type="checkbox"/> 80% annualisé en quintet

Visa de l'Inspecteur(trice) de l'éducation nationale de la circonscription

Fait à

Le..... **Cachet et signature**

SIGNATURE DE L'INTERESSE(E) AU DOS.

¹ Adresse mail professionnelle sera utilisée obligatoirement pour tout échange avec la DSDEN 93.

² Pour les professeurs des écoles stagiaires, la demande de disponibilité est soumise à titularisation.

DEMANDE DE SURCOTISATION : **oui** (joindre la fiche annexe 4) **non**

Cf. modalités de décompte : circulaire n° 2004-029 du 16 février 2004. Paragraphe VI-BO n° 9 du 26 février 2004.

Je prends note que cette demande est formulée pour une année scolaire et qu'aucune modification ou annulation ne sera admise, sauf circonstances graves et non prévisibles dont l'administration appréciera le bien fondé.

Fait à, le/...../.....Signature

ORGANISATION TEMPS PARTIEL ANNUALISE
80 %

Enseignants

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---

	SEPT	OCT	NOV	DEC	JANV	FEVR	MARS	AVRIL	MAI	JUIN
Poste 1	E	E	A	A	A	A	A	A	A	A
Poste 2	B	B	E	E	B	B	B	B	B	B
Poste 3	C	C	C	C	E	E	C	C	C	C
Poste 4	D	D	D	D	D	D	E	E	D	D