

DEMANDE D'AUTORISATION DE CUMUL

d'activité accessoire à l'activité principale - Année scolaire 20.... / 20....

Cette autorisation n'est valable que pour la durée de l'année scolaire indiquée

LE DEMANDEUR : _____

Je soussigné, NOM : Prénom :
AESH, exerçant mon activité principale : à temps complet à temps incomplet Quotité : _____ %

L'EMPLOYEUR : _____

Lycée mutualisateur :
 Eiffel à Armentières Claudel à Fourmies Branly à Boulogne-sur-Mer
ou DSDEN du Pas-de-Calais

PIAL D'EXERCICE (résidence administrative) : _____

RNE : Ets : Ville :

DEMANDE _____

l'autorisation d'exercer l'activité accessoire suivant (une demande par activité annexe) :

Nature de l'activité (CLSH, activités périscolaires...) :

Identité de l'employeur :

Nbre d'heures : h hebdomadaires mensuelles annuelles du : au

préciser les horaires si l'activité est régulière :

Conditions de rémunération (taux horaire, mensuel...) :

description de ces activités accessoires :

Je déclare avoir pris connaissance de la note rectorale relative au cumul, à, le/...../20.....

Signature de l'AESH :

AVIS DE L'AUTORITÉ : _____

Je soussigné (Prénom, Nom et qualité),, donne un avis

Favorable Défavorable à l'activité accessoire sollicitée,

ne portant pas portant atteinte au fonctionnement normal, à l'indépendance, à la neutralité du service public

exercé à titre principal par le demandeur.

à, le/...../20.....

Signature du chef d'établissement,

tête du réseau PIAL

Tout avis défavorable doit être expressément explicité (sur papier libre le cas échéant, le demandeur doit en prendre connaissance en le visant (date et signature))

L'EMPLOYEUR : _____

Autorisation accordée : oui non

motivation en cas de refus :

à, le/...../20.....

.....

Signature :

DEMANDE D'AUTORISATION DE CUMUL A TRANSMETTRE A
dsden62.sagere@ac-lille.fr