

**DEMANDE D'AUTORISATION DE CUMUL D'ACTIVITE ACCESSOIRE A L'ACTIVITE PRINCIPALE
ANNEE SCOLAIRE* 2018-2019**

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

- 1^{ère} demande pour 2018-2019 Demande complémentaire/Additif à une 1^{ère} demande
 Autre demande pour 2018-2019

Je soussigné(e) : **NOM** :

Prénom :

Adresse email :

Grade : Choisissez un élément.

Discipline :

Exerçant mon **activité principale** : à temps partiel à temps complet à temps incomplet

Position : Choisissez un élément.

Etablissement / code postal / ville de rattachement :

Email de l'établissement :

- déclare avoir pris connaissance de la note rectorale relative au cumul
- demande l'autorisation d'exercer l'activité accessoire suivante :

Nom de l'employeur secondaire / code postal / ville :

Type d'activité secondaire Choisissez un élément.

***Activité auto-entrepreneur** : Choisissez un élément.

Descriptif de l'activité :

Date de début :

Date de fin :

Heures maximum sollicitées sur la période :

heures

Remis au chef d'établissement (ou de service) le :

Signature de l'intéressé(e)

Partie réservée au chef d'établissement (ou de service)

Je soussigné(e)

(fonctions)

donne un avis

L'activité accessoire sollicitée

FAVORABLE

NE PORTANT PAS

DEFAVORABLE

PORTANT

atteinte au fonctionnement normal, à l'indépendance, à la neutralité du service public où est exercée l'activité principale par le demandeur.

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

Date, signature et cachet du chef d'établissement (ou de service)