

## ETAT DECLARATIF DE SERVICE FAIT MENSUEL

(Réf. : avenant circulaire départementale d'exercice à temps partiel)  
Etat mensuel des sur-services des titulaires remplaçants.

MOIS DE :

Programme d'imputation : 140

Code administration : 603

NOM – Prénom enseignant :

Ecole de rattachement :

Modalité de service :

DETAIL DU SERVICE FAIT		PARTIE RESERVEE A L'ADMINISTRATION	
Ecole d'intervention	Volume horaire travaillé	Service vérifié et validé	Observations
<i>veuillez indiquer, le cas échéant, le motif d'absence ou la période de congé</i>			
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			

Signature intéressé	Visa IEN ou Chef Etablissement (date, cachet et signature)	Visa Directeur(rice) académique (date, cachet et signature)	Visa SIDEEP (date, cachet et signature)
---------------------	---	--	--