

**DEMANDE D'AUTORISATION DE CUMUL D'ACTIVITES A  
TITRE ACCESSOIRE 2021-2022**

**DOCUMENT A ADRESSER PAR LA VOIE HIERARCHIQUE**

**DIVISION DES PERSONNELS ENSEIGNANTS DU 1ER DEGRE  
20 QUAI HIPPOLYTE ROSSIGNOL - 77010 MELUN CEDEX**

Nom d'usage : ..... Prénom : .....  
 Nom de famille : ..... Date de naissance : .....  
 N° INSEE : .....  
 Adresse personnelle .....  
 Code postal : ..... Commune : .....  
 Téléphone portable: .....  
 Courriel : .....

***Renseignements concernant la fonction principale***

Etablissement d'affectation (nom complet, adresse, téléphone) : .....  
 .....

- Professeur(e) des écoles     Instituteur (trice)     Professeur (e) des écoles stagiaire (EFS)  
 Directeur (trice)     BD     Enseignant (e) spécialisé (e)

Quotité hebdomadaire de service :     100%     75%     50%

***Renseignements concernant la fonction secondaire envisagée***

Entreprise / administration / établissement (nom complet, adresse, téléphone) : .....  
 .....

DESCRIPTIF (cocher la colonne correspondante)				PERIODE 01/09/2021 au 31/08/2022	NOMBRE D'HEURES HEBDO- MADAIRES	NOMBRE D'HEURES ANNUELLES	TAUX HORAIRE
CANTINE	ETUDE SURVEILLEE	TAP NAP	AUTRES (précisez la nature de l'activité)				
				du..... au.....			
				du..... au.....			
				du..... au.....			

→ Exercez vous déjà une ou plusieurs activités accessoire ?  OUI     NON

*En cas de réponse positive, veuillez décrire précisément ces activités (caractère public ou privé, durée, périodicité et horaires, etc.) :*

.....  
 .....