**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 nationale[[1]](#footnote-1) : ……………………………………………….@ac-creteil.fr

Affectation (Ecole – ville) : ………………………………………………………………………………………………………………………………

Fonction : ………………………………………………………………………………………………………………………………

Corps/Grade[[2]](#footnote-2) :……………………………………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ❒ Sollicite un  **TEMPS PARTIEL DE DROIT**  pour l’année 2019-2020 | ❒ Sollicite un  **TEMPS PARTIEL DE DROIT**  pour l’année 2019-2020 | | ❒ Sollicite un  **TEMPS PARTIEL SUR AUTORISATION**  pour l’année 2019-2020 |
| **1ère demande** | **Renouvellement** | | **1ère 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)** |
| **❒** pour élever un enfant de moins de 3 ans (date de naissance de l’enfant : ………………………………….……….) | **❒** pour élever un enfant de moins de 3 ans (date de naissance de l’enfant : ………………………………….……….) | | 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****.* |
| Si l’enfant atteint ses 3 ans au cours de l’année scolaire, je souhaite :  **❒** reprendre mon activité à temps complet  **❒** garder la même quotité en temps partiel sur autorisation  *Pièce justificative à joindre : extrait d'acte de naissance ou copie du livret de famille* | Si l’enfant atteint ses 3 ans au cours de l’année scolaire, je souhaite :  **❒** reprendre mon activité à temps complet  **❒** garder la même quotité en temps partiel sur autorisation | |
| **❒** pour donner des soins à conjoint, enfant ou ascendant malade ou dépendant  *Demande soumise à l’avis du Médecin de Prévention, pièce justificative à joindre : certificats médicaux détaillés sous pli confidentiel* | **❒** pour donner des soins à conjoint, enfant ou ascendant malade ou dépendant  *Demande soumise à l’avis du Médecin de Prévention, pièce justificative à joindre : certificats médicaux détaillés sous pli confidentiel* | |
| **❒** pour handicap (joindre justificatif). | **❒** pour handicap (joindre justificatif). | |
| **1er vœu :**  **❒ 50%** hebdomadaire  **❒ 75%** hebdomadaire  **❒ 50%** annualisé (présence en 1ère partie de l’année)  **❒ 80%** annualisé en quintet | **1er vœu :**  **❒ 50%** hebdomadaire  **❒ 75%** hebdomadaire  **❒ 50%** annualisé (présence en 1ère partie de l’année)  **❒ 80%** annualisé en quintet | | **1er vœu :**  **❒ 50%** hebdomadaire  **❒ 75%** hebdomadaire  **❒ 50%** annualisé (présence en 1ère partie de l’année)  **❒ 80%** annualisé en quintet |
| **2ème vœu :**  **❒ temps plein**  **❒ 50%** hebdomadaire  **❒ 75%** hebdomadaire  **❒ 50%** annualisé (présence en 1ère partie de l’année)  **❒ 80%** annualisé en quintet | **2ème vœu :**  **❒ temps plein**  **❒ 50%** hebdomadaire  **❒ 75%** hebdomadaire  **❒ 50%** annualisé (présence en 1ère partie de l’année)  **❒ 80%** annualisé en quintet | | **2ème vœu :**  **❒ temps plein**  **❒ 50%** hebdomadaire  **❒ 75%** hebdomadaire  **❒ 50%** annualisé (présence en 1ère partie de l’année)  **❒ 80%** annualisé en quintet |
| **Avis consultatif de l’Inspecteur(trice) de l’éducation nationale de la circonscription** | | | |
| * **Avis favorable** | | * **Avis défavorable** | |
| **Fait à…………………………………………., le…………………………………… Cachet et signature** | | | |

**SIGNATURE DE L’INTERESSE(E) AU DOS.**

**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

1. Adresse mail professionnelle sera utilisée obligatoirement pour tout échange avec la DSDEN 93. [↑](#footnote-ref-1)
2. Pour les professeurs des écoles stagiaires, la demande de disponibilité est soumise à titularisation. [↑](#footnote-ref-2)