

Année scolaire 2019-2020

Direction des Relations et des Ressources Humaines  
Direction des Personnels Enseignants

DEMANDE D'EXERCICE A TEMPS PARTIEL  (1)DEMANDE DE REPRISE A TEMPS COMPLET  (1)

NOM - Prénom .....		Grade : .....
NOM de jeune fille .....		Date de naissance : .....
		Discipline : .....

Etablissement d'exercice au cours de la présente année scolaire :

.....  
 .....

**Attention : RUBRIQUES A RENSEIGNER OBLIGATOIREMENT****VOEUX****I -  SOUHAITE reprendre l'exercice de ses fonctions à TEMPS COMPLET à la rentrée 2019****II -  SOUHAITE exercer à TEMPS PARTIEL SUR AUTORISATION durant l'année scolaire 2019-2020**1)  POUR CREER OU REPRENDRE UNE ENTREPRISE (joindre le KBis) souhaite surcotiser ne souhaite pas surcotiser2)  POUR CONVENANCES PERSONNELLES souhaite surcotiser ne souhaite pas surcotiser**III -  SOUHAITE exercer à TEMPS PARTIEL DE DROIT à la rentrée 2019**3)  POUR ELEVER UN ENFANT DE MOINS DE TROIS ANS (surcotisation de droit et gratuite)

N.B : si cet enfant atteint l'âge de 3 ans au cours de l'année 2019-2020 – date à préciser : .....

 demande à reprendre son activité à temps plein demande à demeurer à temps partiel sur autorisation pour le reste de l'année scolaire 2019-2020.

Dans le seul cas d'une poursuite à temps partiel sur autorisation :

 souhaite surcotiser pour cette période de temps partiel sur autorisation (surcotisation à taux plein) ne souhaite pas sur cotiser pour cette période de temps partiel sur autorisation4)  POUR DONNER DES SOINS A UN ENFANT, UN CONJOINT OU UN ASCENDANT (joindre un certificat émanant d'un médecin, accompagné selon le cas de la copie de l'allocation d'éducation spéciale, de la carte d'invalidité, de l'allocation adulte handicapé, de l'indemnité compensatrice tierce personne) souhaite surcotiser ne souhaite pas surcotiser5)  POUR UN PERSONNEL EN SITUATION DE HANDICAP (sous réserve de fournir le justificatif correspondant) surcotisation taux de pension civile réduit (copie de la carte d'invalidité précisant le taux d'invalidité) souhaite surcotiser taux normal (invalidité inférieure à 80%) ne souhaite pas surcotiser**MUTATION**

(1) SOLLICITE une mutation pour la prochaine année scolaire :

 OUI NONSi vous obtenez votre mutation, une demande de renouvellement de temps partiel devra être formulée auprès de votre nouveau chef d'établissement et retournée aux services de la DOS et de la DPE pour le **27 juin 2019** au plus tard.

<b>NOMBRE D'HEURES SOLLICITEES</b>	
<b>Précisez le nombre d'heures demandées sous forme de fraction (ex : 12/18 pour un professeur certifié) :</b>	
Pour les PsyEN et les CPE uniquement, indiquez la quotité choisie en pourcentage :	
<b>TEMPS PARTIEL DEMANDE DANS LE CADRE D'UNE DEMANDE DE COMPLEMENT DE LIBRE CHOIX D'ACTIVITE : souhaite exercer un service correspondant à une quotité :</b>	
<input type="checkbox"/> Strictement égale à 50%	<input type="checkbox"/> Strictement égal à 80%
<input type="checkbox"/> Comprise entre 50% et 80%	
<b>MODALITES DE REALISATION DU TEMPS PARTIEL</b>	
<input type="checkbox"/> Temps partiel hebdomadaire <input type="checkbox"/> Temps partiel annualisé (joindre impérativement un courrier)	
<p>Pour les temps partiels sur autorisation exclusivement, au cas où les nécessités de service se révéleraient être incompatibles avec la quotité horaire demandée, à PLUS ou MOINS DEUX HEURES près,</p> <p>JE CHOISIS d'exercer dans ce cas :</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> A MI-TEMPS (1)                      <input type="checkbox"/> A TEMPS COMPLET (1) </p> <p style="text-align: right;">A ....., le .....</p> <p style="text-align: right;">Signature</p>	
<b>PROPOSITIONS DU CHEF D'ETABLISSEMENT RELATIVES A LA DEMANDE DE TEMPS PARTIEL</b>	
<p>Avis préparatoire du chef d'établissement (uniquement pour les temps sur autorisation pour lesquels la décision définitive n'interviendra qu'au mois de juin 2019)</p> <p><input type="checkbox"/> Favorable</p> <p><input type="checkbox"/> Défavorable (les refus opposés à une demande de temps partiel doivent être précédés d'un entretien et motivés) : motif du refus :</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>- Quotité qui peut être accordée à l'intéressé (e) (y compris, heures de décharge de service éventuelles ou modifications de + ou – 2 heures pour les temps partiels sur autorisation)</p> <div style="text-align: right; border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; margin-left: auto;"></div>	
<p>A ....., le .....</p> <p>Signature du Chef d'établissement,</p>	
<p>Signature de l'intéressé (e) Précédée de la mention « VU ET PRIS CONNAISSANCE »</p>	