

Année scolaire 2015-2016

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)

|  |                              |   |
|--|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Mme<br>NOM - Prénom .....<br>..... |                              | Grade : .....<br>.....<br>.....   |
| NOM de jeune fille .....<br>.....  | Date de naissance :<br>..... | Discipline pour les AGREG, CERT, AE, PLP, ou section pour les PEGC<br>..... |

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 2015**
- II -  **SOUHAITE exercer à TEMPS PARTIEL SUR AUTORISATION durant l'année scolaire 2015-2016**  
 souhaite sur cotiser  
 ne souhaite pas sur cotiser
- III -  **SOUHAITE exercer à TEMPS PARTIEL DE DROIT POUR RAISONS FAMILIALES à la rentrée 2015**  
 (loi 84-16 du 11 janvier 1984 – article 37 bis)
- 1)  **POUR ELEVER UN ENFANT DE MOINS DE TROIS ANS**  
 N.B : si cet enfant atteint l'âge de 3 ans au cours de l'année 2015-2016 – 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 2015-2016.
- Dans ce cas :
- souhaite sur cotiser pour cette période de temps partiel sur autorisation  
 ne souhaite pas sur cotiser pour cette période de temps partiel sur autorisation
- 2)  **AUTRES MOTIFS DE TEMPS PARTIEL DE DROIT**  
 souhaite sur cotiser  
 ne souhaite pas sur cotiser
- IV -  **SOUHAITE exercer à TEMPS PARTIEL DE DROIT pour un autre motif à la rentrée scolaire 2015**
- 1)  **POUR UN PERSONNEL EN SITUATION DE HANDICAP**  
 souhaite sur cotiser (pour surcotiser à taux réduit, joindre la copie de la carte d'invalidité)  
 ne souhaite pas sur cotiser
- 2)  **POUR CREER OU REPREDRE UNE ENTREPRISE**  
 souhaite sur cotiser  
 ne souhaite pas sur cotiser

## MUTATION

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

### NOMBRE D'HEURES SOLLICITEES

- Pour les enseignants, précisez-le sous forme de fraction de l'ORS (ex : 12/18 pour un professeur certifié) : ...../.....
- Pour les CPE et COP, formulez votre demande en % de l'ORS  50%  60%  70%  80%  90%

- Pour un temps partiel sur autorisation, la quotité demandée doit être exprimée en un nombre d'heures entier, compris entre 50% et 90 % du service hebdomadaire exigible, **sauf pour les CPE et les COP qui doivent exprimer leur demande en pourcentage de l'ORS**. Cette quotité peut être modifiée de plus ou moins deux heures par le chef d'établissement selon les nécessités de service pour les enseignants.

- Pour un temps partiel de droit, la quotité demandée doit être exprimée en un nombre d'heures entier, compris entre 50% et 80% du service hebdomadaire exigible, **sauf pour les CPE et les COP qui doivent exprimer leur demande en pourcentage de l'ORS**.

Cette quotité peut être modifiée de plus ou moins deux heures selon les nécessités de service pour les enseignants.

NB : Par exception à cette règle, la demande de temps partiel de droit formulée à 80% (soit une **quotité non entière** de 14h40 pour les professeurs certifiés et les PLP) peut être acceptée **uniquement dans le cadre d'un temps partiel de droit à l'occasion de chaque naissance jusqu'au troisième anniversaire de l'enfant ou de chaque adoption** (cf circulaire page 2, I-2-a).

Au cas où les nécessités de service se révéleraient être incompatibles avec la quotité horaire demandée, à PLUS ou MOINS DEUX HEURES près, JE CHOISIS d'exercer dans ce cas :

A MI-TEMPS (1)

A TEMPS COMPLET (1)

A ....., le .....

Signature

#### PROPOSITIONS DU CHEF D'ETABLISSEMENT RELATIVES A LA DEMANDE DE TEMPS PARTIEL

- Quotité qui peut être accordée à l'intéressé (e) (y compris, heures de décharge de service éventuelles ou modifications de + ou - 2 heures)

- Nombres d'heures libérées (l'intéressée (e) ne pourra pas percevoir d'HSA)

- Ces heures doivent-elles être pourvues ?  OUI  NON

- Si OUI : dans quelle discipline ? .....

A ....., le .....

Signature du Chef d'établissement,

Signature de l'intéressé (e)

Précédée de la mention « VU ET PRIS CONNAISSANCE »

(1) Cocher la case correspondante