



**ACADÉMIE
DE LYON**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

ANNEXE

**PERSONNELS ATSS - ITRF – CONTRACTUELS EN CDI
DEMANDE DE TRAVAIL À TEMPS PARTIEL
OU DE REPRISE À TEMPS COMPLET
ANNÉE SCOLAIRE 2024-2025**

Principe général : le temps partiel est accordé pour 3 ans. Pendant cette période, il est reconduit automatiquement chaque année.

Cet imprimé est à remplir par :

- les agents qui formulent une première demande,
- les agents actuellement à temps partiel qui souhaitent modifier leur modalité actuelle d'exercice à temps partiel (quotité ou cadre de travail) ou réintégrer à temps plein à l'issue de la période autorisée,
- les agents arrivés au terme de la période de tacite reconduction,
- les agents en situation de retraite progressive.

Toute demande fera l'objet d'un examen circonstancié, et ne pourra qu'intervenir dans la limite des disponibilités budgétaires. La demande sera déposée 2 mois avant la date souhaitée, sauf en cas de force majeure dûment justifiée (décès, chômage du conjoint, raisons de santé...).

Nom et prénom.....

Grade Affectation

• **SITUATION ACTUELLE**

- Temps complet
- Temps partiel : quotité % période autorisée du.....au

• **STATUT DE LA DEMANDE**

- Première demande
- Renouvellement avec modification de la situation actuelle
- Renouvellement à l'issue d'une période de tacite reconduction arrivée à terme
- Reprise à temps complet

• **QUOTITÉ DEMANDÉE POUR LA PROCHAINE ANNÉE SCOLAIRE**

TEMPS PARTIEL SUR AUTORISATION (porter dans la case 50, 60, 70,80 ou 90 %)

TEMPS PARTIEL DE DROIT (porter dans la case 50, 60,70 ou 80 %)

Motif temps partiel de droit (fournir les justificatifs) :

TEMPS PARTIEL POUR CREATION OU REPRISE D'UNE ENTREPRISE (fournir les justificatifs) (porter dans la case 50, 60,70 ou 80 %)

• **PÉRIODE SOLLICITÉE**

Année scolaire 2024-2025

Ou période choisie: du.....au si inférieure à l'année scolaire (6 mois minimum).

• **CADRE DE TRAVAIL SOUHAITE POUR L'EXERCICE DU TEMPS PARTIEL**

quotidien

hebdomadaire

annuel

• **DEMANDE DE SURCOTISATION SUR LA BASE D'UN TRAITEMENT À TEMPS PLEIN**

OUI

NON

• **DEMANDE DE MUTATION POUR LA PROCHAINE RENTRÉE ?**

OUI

NON

AVIS DU CHEF D'ÉTABLISSEMENT OU DE SERVICE

Favorable

Défavorable (à motiver expressément)

Motivation en cas d'avis défavorable :

Fait à _____ le _____
Le Chef d'établissement (ou de service)

Fait à _____ le _____
Signature de l'intéressé(e)