



MINISTÈRE  
DE L'ÉDUCATION NATIONALE,  
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR  
ET DE LA RECHERCHE

Nom de l'établissement

**DEMANDE DE REMUNERATION DU SUPPLEANT  
OU  
DE L'AGENT TEMPORAIRE**

Année scolaire 2016 / 2017

Nom d'usage ..... Nom de famille.....

Prénom.....

Suppléant(e)/Agent temporaire de \_\_\_\_\_  
(Nom et prénom du maître en congé)

absent(e) du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Classe \_\_\_\_\_

pour y assurer un service d'enseignement hebdomadaire de :

Nombre d'heures confiées <sup>(1)</sup>      27h       13h50       6h       3h

Durée de la suppléance du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

dans l'établissement \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature et cachet du chef d'établissement

<sup>(1)</sup> nombre d'heures hebdomadaire, mettre une croix dans la case correspondante