



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

**DEMANDE DE REPRISE A TEMPS PLEIN**

**Année scolaire 2016-2017**

Nom d'usage : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance .....

Grade : .....

Fonction : .....

Affectation actuelle :

Ecole :

Commune : .....

A titre :  Provisoire

Définitif

**Je sollicite l'autorisation de reprendre mon service à temps plein à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2016.**

Date :

Signature de l'intéressé(e)

Visa du chef d'établissement

**Rectorat**

**Division des établissements  
d'enseignement privés  
DEEP**

Téléphone  
01 57 02 63 01  
Fax  
01 57 02 63 26  
Mél  
Ce.deep  
@ac-creteil.fr

4 rue Georges Enesco  
94010 Créteil cedex