



RÉGION ACADÉMIQUE
ÎLE-DE-FRANCE

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

Circulaire 2017-022 Annexe 1

PERSONNELS ADMINISTRATIFS, TECHNIQUES, SOCIAUX ET DE SANTÉ

DEMANDE DE REPRISE A TEMPS COMPLET OU D'AUTORISATION DE TRAVAIL A TEMPS PARTIEL 2017-2018

Je soussigné(e), Nom - Prénom

Né(e) le N° NUMEN

Corps.....Grade

Etablissement d'affectation (*adresse précise*).....

Sollicite ma **reprise de fonction à temps complet** à compter du 1^{er} septembre 2017.

Sollicite l'**autorisation d'exercer mes fonctions à% du service à temps complet**, pour une période de 12 mois à compter du 1^{er} septembre 2017 pour le motif suivant :

Elever un enfant de moins de 3 ans – date de naissance de l'enfant :

Elever un enfant adopté - date d'arrivée au foyer :

Donner des soins au conjoint, à un enfant ou un ascendant :

surcotation sur la base du temps plein pour la liquidation de la retraite à compter du 1^{er} septembre 2017 NON
 OUI

Convenances personnelles :

surcotation sur la base du temps plein pour la liquidation de la retraite à compter du 1^{er} septembre 2017 NON
 OUI

Reconnu travailleur handicapé (sur avis du médecin de prévention)

surcotation sur la base du temps plein pour la liquidation de la retraite à compter du 1^{er} septembre 2017 NON
 OUI

Création d'entreprise

surcotation sur la base du temps plein pour la liquidation de la retraite à compter du 1^{er} septembre 2017 NON
 OUI

Joindre toutes pièces justificatives utiles (photocopie du livret de famille, certificats médicaux, photocopie de la carte d'invalidité, RQTH...)

DATE ET SIGNATURE DE L'INTERESSE(E)

AVIS DU CHEF D'ETABLISSEMENT OU DE
OU DE SERVICE ET SIGNATURE