



RÉGION ACADÉMIQUE
ÎLE-DE-FRANCE

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

DEMANDE D'AUTORISATION DE CUMUL D'ACTIVITES A TITRE ACCESSOIRE
AGENTS A TEMPS PARTIEL

REPRISE OU CREATION D'ENTREPRISE

~ Décret n° 2017-105 du 27 janvier 2017 ~

NOM-PRENOM :
GRADE :
BUREAU / DIRECTION / SERVICE :
ADRESSE PROFESSIONNELLE :
TELEPHONE : **ADRESSE ELECTRONIQUE :**

DESCRIPTION DE L'ACTIVITE PRINCIPALE EXERCEE

Fonctions exercées :
.....

Quotité de service :

PROJET DE CUMUL AVEC UNE ACTIVITE ACCESSOIRE

A – Description de l'activité envisagée

Identité, nature et secteur d'activité de l'organisme pour le compte duquel s'exercera l'activité accessoire :

.....

Nature de l'activité accessoire¹ :

.....
.....

Durée, périodicité et horaires approximatifs de l'activité :

.....

Conditions de rémunération de l'activité :

.....

Conditions particulières de réalisation de l'activité (déplacements, variation saisonnière de l'activité...) :

.....

Exercez-vous déjà une ou plusieurs activité(s) accessoires (s) ? Oui Non

En cas de réponse positive, veuillez décrire précisément ces activités (caractère public ou privé, durée, périodicité et horaires approximatifs, etc.)

.....
.....
.....

Informations complémentaires que vous souhaitez porter à la connaissance de l'administration :

.....
.....
.....

¹ Activités autorisées : voir en dernière page de ce formulaire.

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné (NOM PRENOM)

Souhaitant cumuler mon activité principale avec une activité privée accessoire pour le compte de (nom et coordonnées de l'entreprise ou de l'organisme)

Déclare sur l'honneur ne pas être chargé, dans le cadre de mon activité principale, de la surveillance ou de l'administration de cette entreprise ou de cet organisme, au sens de l'article L. 432-12 du code pénal.

Fait à

Le

Signature :

B) Avis du supérieur hiérarchique

Avis du supérieur hiérarchique sur la demande de cumul

.....
.....
.....
.....

Date

Signature (identité, grade et fonctions du responsable)