



RÉGION ACADÉMIQUE
ÎLE-DE-FRANCE

MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE
ET DE LA JEUNESSE

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

DEMANDE DE REPRISE A TEMPS PLEIN

Année scolaire 2019-2020

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^{er} septembre 2019.

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