

Demande de reprise à temps complet

Rentrée scolaire 2020

NOM :

Prénom :

Grade :

Quotité d'exercice en 2019/2020 : / 27 heures

Temps Partiel à% Temps Incomplet à%

Ecole/Commune :

Département : 07 26 38 73 74

Adresse personnelle :
.....
.....

Souhaite obtenir ma réintégration à temps complet à la rentrée 2020.

Intention de participer aux opérations du mouvement départemental 2020 : OUI NON

Je déclare également avoir pris connaissance des termes de la circulaire académique relative aux demandes de temps partiels.

Avis et signature du chef d'établissement :

Date et signature de l'intéressé(e) :

Document à renvoyer en original à la **Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale de l'Ardèche** avant le **31 janvier 2020**.

Une copie de ce document doit également être adressée à la Direction Diocésaine de votre département d'origine.