

MOUVEMENT INTRA ACADÉMIQUE 2018



DEMANDE D'EXERCICE À TEMPS PARTIEL
 pour les personnels présentant une demande de mutation pour la
 rentrée 2018
 (à transmettre au rectorat pour le 28 mars 2018 au plus tard avec la confirmation de
 demande de mutation)

NOM :		Grade :	
PRENOM :	
NOM PATRONYMIQUE	Date de naissance :	Discipline	
Etablissement d'exercice au cours de la présente année scolaire :			
Attention : RUBRIQUES A RENSEIGNER OBLIGATOIREMENT			
VOEUX			
<input type="checkbox"/> SOUHAITE exercer à TEMPS PARTIEL SUR AUTORISATION durant l'année scolaire 2018-2019			
1) POUR CREER OU REPREDRE UNE ENTREPRISE <input type="checkbox"/> souhaite surcotiser <input type="checkbox"/> ne souhaite pas surcotiser			
2) POUR CONVENANCES PERSONNELLES <input type="checkbox"/> souhaite surcotiser <input type="checkbox"/> ne souhaite pas surcotiser			
<input type="checkbox"/> SOUHAITE exercer à TEMPS PARTIEL DE DROIT à la rentrée 2018			
1) <input type="checkbox"/> POUR ELEVER UN ENFANT DE MOINS DE TROIS ANS N.B : si cet enfant atteint l'âge de 3 ans au cours de l'année 2018-2019, date à préciser : <input type="checkbox"/> demande à reprendre son activité à temps plein <input type="checkbox"/> demande à demeurer à temps partiel sur autorisation pour le reste de l'année scolaire 2018-2019. Dans le cas d'une poursuite à temps partiel sur autorisation : <input type="checkbox"/> souhaite surcotiser pour cette période de temps partiel sur autorisation <input type="checkbox"/> ne souhaite pas surcotiser pour cette période de temps partiel sur autorisation			
2) <input type="checkbox"/> POUR DONNER DES SOINS A UN ENFANT, AU CONJOINT OU A UN ASCENDANT <input type="checkbox"/> souhaite surcotiser <input type="checkbox"/> ne souhaite pas surcotiser			
3) <input type="checkbox"/> POUR UN PERSONNEL EN SITUATION DE HANDICAP <input type="checkbox"/> souhaite surcotiser (pour surcotiser à taux réduit, joindre la copie de la carte d'invalidité) <input type="checkbox"/> ne souhaite pas surcotiser			
NOMBRE D'HEURES SOLLICITEES			
Précisez le nombre d'heures demandées sous forme de fraction (ex : 12/18 pour un professeur certifié) : Pour les PSYEN et les CPE uniquement, indiquez la quotité choisie en pourcentage :			

**TEMPS PARTIEL DEMANDE DANS LE CADRE D'UNE DEMANDE DE COMPLEMENT DE LIBRE CHOIX D'ACTIVITE :
souhaite exercer un service correspondant à une quotité :**

- Strictement égale à 50%
- Comprise entre 50% et 80%
- Strictement égal à 80%

MODALITES DE REALISATION DU TEMPS PARTIEL

- Temps partiel hebdomadaire
- Temps partiel annualisé (joindre impérativement un courrier)

Pour les temps partiels sur autorisation exclusivement, au cas où les nécessités de service se révéleraient être incompatibles avec la quotité horaire demandée, à PLUS ou MOINS DEUX HEURES près, JE CHOISIS d'exercer dans ce cas :

- A MI-TEMPS
- A TEMPS COMPLET

A, le

Signature

PROPOSITIONS DU CHEF D'ETABLISSEMENT RELATIVES A LA DEMANDE DE TEMPS PARTIEL

Avis du chef d'établissement * :

- Favorable
- Défavorable (les refus opposés à une demande de temps partiel doivent être précédés d'un entretien et motivés) :

Motif du refus :

.....

.....

.....

Quotité qui peut être accordée à l'intéressé (e) (y compris, heures de décharge de service éventuelles ou modifications de + ou – 2 heures pour les temps partiels sur autorisation)

A, le

Signature du Chef d'établissement,

** Cette demande sera transmise soit au chef d'établissement de votre nouvelle affectation, soit à celui de votre affectation actuelle si vous n'obtenez pas votre mutation.*

IMPORTANT : Demande à retourner avec l'accusé de réception de votre demande de mutation au mouvement intra académique.