FICHE DE RENSEIGNEMENTS [1]

Etablissement ou service dans lequel s'effectue l'intervention : 0 _ _ _ _ _ _ _

……..

Données personnelles

NOM d'usage : ..... Nom patronymique : ..... Prénom : .....

Date de naissance : __ / __ / ____ Lieu de naissance : ……Dpt ……..

Situation Familiale : Célibataire☐ Marié(e)☐ Séparé(e)☐ Divorcé(e)☐ Pacsé(e)☐ Vie maritale☐ Veuf (veuve)☐
Depuis le : __ / __ / ____

Adresse personnelle : .....

..... Téléphone : .....

Employeur [2]: .....

Grade ou profession [3]: ..... Ors(si enseignants) ..... Fonctionnaire ☐ OUI / ☐ NON

Adresse professionnelle : .....

.....

N° Insee : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

NUMEN (si Education nationale) : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

SI VOUS REMPLISSEZ CETTE FICHE POUR LA PREMIERE FOIS, OU SI VOS COORDONNEES BANCAIRES ONT CHANGE, **JOINDRE UN RIB**

Engagement de l'intervenant

Je certifie avoir pris connaissance des dispositions relatives aux cumuls des retraites, des rémunérations et des fonctions, et (pour les agents de la fonction publique en activité) exercer à temps complet.

Je m'engage à ne pas effectuer plus de 200 vacations par année scolaire (toutes activités ou dispositifs confondus). ***(Ce dispositif ne s'applique pas aux examens et concours)***

Date : __ / __ / ____ Signature de l'intervenant :

Autorisation de cumul d'activités

(ne concerne que les agents de la fonction publique, fonctionnaires ou pas ; n'a pas à être renseignée lorsque l'intervention fait suite à une convocation *(ex. : examens et concours)* ou si un dossier spécifique est constitué pour la mise en paiement de prestations pour raisons médicales)

A - Avis du responsable hiérarchique direct :

☐ Favorable

☐ Défavorable (motif : .....)

Je soussigné, M ..... *(qualité)* ..... certifie que l'intéressé(e) n'a pas refusé d'effectuer des heures supplémentaires à quelque titre que ce soit, exerce à temps complet et ne bénéficie pas de décharge à quelque titre que ce soit.

Date : __ / __ / ____ Cachet : Signature :

B - Décision de l'autorité compétente [4] (inutile pour les personnels du second degré de l'académie d'Aix – Marseille[5]) :

☐ Accordée

☐ Refusée[6] (motif : .....)

Date : __ / __ / ____ Cachet : Signature :

---

[1] Pour la DIFOR (à fournir en début d'année scolaire où à la première intervention (concerne tous les intervenants en formation continue des personnels de l'académie d'Aix – Marseille, sauf les formateurs IUFM (en poste ou mis à disposition), ceux intervenant dans le cadre de leur fonction ou mission, d'une convention ou d'un partenariat à titre gratuit).

[2] Si l'intéressé(e) est son propre employeur, porter la mention « profession libérale »

[3] Les retraités âgés de plus de 65 ans (y compris ceux de la fonction publique) ne peuvent pas être recrutés. Avant cet âge, plafond de rémunération toutes activités confondues; les intéressés sont invités à se renseigner auprès de leur service payeur. Par ailleurs, Préciser s'il s'agit d'une profession libérale.

[4] Recteur, IA DDSDEN, président d'université, président de collectivité territoriale, Préfet, directeur d'établissement public…

[5] Cette décision sera systématiquement accordée sur avis favorable du responsable hiérarchique direct, dans le respect des dispositions relatives aux cumuls des retraites, des rémunérations et des fonctions.

[6] Toute contestation de cette décision devra être formalisée dans un délai de deux mois à compter de sa notification : soit devant le Tribunal Administratif, soit après recours gracieux (auprès de l'auteur de la décision) ou recours hiérarchique exercé dans le même délai et ayant donné lieu à une décision explicite de rejet ou à une décision implicite de rejet, laquelle est acquise deux mois après la réception du recours gracieux ou hiérarchique resté sans réponse.

Réf : FR 01/08

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je, soussigné(e)
NOM :.....Prénom :.....
Nom patronymique :.....Situation de famille.....depuis le :.....
Grade .....
demeurant : .N°.....Nature :.....Nom : .....
.....
lieu-dit/hameau (éventuellement mention complémentaire) : .....
.....
code postal : ……..……..Commune : …….....téléphone : .....

n° Insee														Clé	

Établissement d'affectation : .....……..

déclare sur l'honneur

☐ (1) n'avoir jamais exercé d'activité rémunérée dans la fonction publique (*), y compris en qualité d'auxiliaire, de contractuel, de maître d'un établissement privé sous contrat, d'assistant d'éducation ou employé dans le cadre d'un contrat emploi solidarité (CES) ou d'un contrat emploi consolidé (CEC) ou d'un contrat d'accompagnement dans l'emploi (CAE) ou d'un contrat d'avenir (CAV) ou celui des emplois jeunes ou rémunéré par un groupement d'intérêt public (GIP).

☐ (1) exercer (actuellement)
☐ (1) avoir exercé
} une activité rémunérée dans la fonction publique (préciser modalités, lieu, périodes) .....
.....
(joindre éventuellement la copie du dernier bulletin de paie ou le certificat de cessation de paiement si celui-ci est en possession de l'intéressé(e))

certifie

☐ (1) ne pas percevoir actuellement
- d'allocation de recherche
- d'allocation d'aide au retour à l'emploi (ou allocation pour perte d'emploi (chômage))
- d'allocation d'aide au retour à l'emploi – formation (ou allocation formation reclassement)
- d'allocation parentale d'éducation *(personnellement ou au titre de la famille)*
- d'allocation IUFM
- de pension de retraite

☐ (1) ne pas être en congé parental, en congé de formation ou de mobilité, en disponibilité *(y compris d'une autre administration ou d'une autre académie)*

☐ (1) que je n'ai pas effectué d'interventions ou de vacations, et que je n'en effectue pas actuellement dans le cadre d'une autre action ou d'une autre administration

☐ (1) que j'ai effectué (nombre)..... heures de vacations (2)
au titre de :.....
pour la période du..... au.....

demande

☐ à être domicilié(e) fiscalement à l'étranger (3)

Fait à....., le.....
faire précéder de la mention "lu et approuvé" Signature

(*) (d'Etat, hospitalière ou territoriale)
(1) cocher les cases correspondantes à votre situation et biffer éventuellement les mentions ne se rapportant à votre situation
(2) à ne remplir que par les personnels effectuant des vacations
(3) l'adresse de l'intéressé(e) à l'étranger doit être communiquée au verso du présent imprimé
P.J. à fournir pour une prise en charge : RIB/RIP/RICE *(ne peut pas être remplacé par un chèque annulé)* + Copie de la carte nationale d'identité recto verso ou, à défaut, du passeport pour une personne de nationalité française ; ou copie, de préférence, du passeport en cours de validité ou, à défaut, de la carte d'identité recto verso pour un ressortissant européen ou le titre de séjour en cours de validité pour un étranger non ressortissant européen.

Réf : DH 01/08