

**ACADEMIE de LIMOGES
RECTORAT / DPAE**

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | DEMANDE D'AUTORISATION DE TRAVAIL A TEMPS PARTIEL
OU MODIFICATION DE QUOTITE |
| <input type="checkbox"/> | DEMANDE DE REPRISE A TEMPS PLEIN APRES TRAVAIL A
TEMPS PARTIEL |

Je soussigné(e)

Nom, Prénom :

Né(e) le

Corps/grade

Etablissement d'affectation (adresse précise)

- 1 – Demande à reprendre à temps plein le :
- 2 – Sollicite l'autorisation d'exercer mes fonctions à% du service à temps complet, pour une période de 12 mois à compter du , renouvelable dans la limite de 3 ans.
- 3 – Demande à modifier la quotité de mon temps partiel à compter du :
- Nouvelle quotité : %**

AUTORISATIONS DE DROIT :

- Elever un enfant de moins de 3 ans
- Elever un enfant adopté, pendant 3 ans à compter de son arrivée au foyer
- Donner des soins au conjoint, à un enfant ou un ascendant
- Pour handicap (joindre la pièce justificative et produire après examen médical, l'avis du médecin de prévention).

MOTIFS SOUMIS A AUTORISATION :

- Convenances personnelles (préciser :)
(Joindre toutes pièces justificatives (photocopie du livret de famille, certificats médicaux...))
- Pour création ou reprise d'entreprise dans le cadre d'un cumul d'activité (préciser –
(Un dossier est à compléter parallèlement pour saisine de la commission de déontologie dans le cadre du cumul d'activité))

AVIS DU CHEF D'ETABLISSEMENT OU DE SERVICE :
(pour les motifs soumis à autorisation)

Signature du chef d'établissement
ou de service

SURCOTISATION : NON OUI

Fait à , le
Signature de l'intéressé(e)

DECISION DU RECTEUR :

Date :