

DEMANDE D'EXERCICE A TEMPS PARTIEL OU DE REPRISE A TEMPS COMPLET

Je soussigné(e) (NOM, Prénom)

ECOLE D'AFFECTATION ACTUELLE :

Commune : Circonscription :

FONCTIONS EXERCEES : Adjoint Directeur ZIL BD Stagiaire

⚠ Les enseignants exerçant sur des postes de brigade ou de ZIL sont susceptibles de se voir proposer une réaffectation à l'année, l'exercice de ces missions n'étant pas compatible avec l'octroi d'un temps partiel. Les directeurs se verront attribuer à titre provisoire un poste d'adjoint.

QUOTITE ACTUELLE : %

Souhaite pour la prochaine rentrée scolaire 2017 :

reprendre mes fonctions à temps plein exercer mes fonctions à temps partiel :

Dans le cadre de : 1^{ère} demande renouvellement - Pour une quotité de : %

Dans le cadre de l'annualisation oui non

Une partie de l'année travaillée à 100% et l'autre partie de l'année non travaillée.

MOTIF

De droit :

Pour élever un enfant de moins de trois ans ou adopté depuis moins de 3 ans au 01/09/2017

(Joindre copie intégrale du livret de famille)

Pour donner des soins à conjoint, enfant à charge, ascendant

(Joindre un certificat médical émanant d'un praticien hospitalier ainsi que le document attestant du lien de parenté)

Pour situation de handicap

(Joindre impérativement une pièce justificative attestant du handicap et l'avis du médecin de prévention après examen médical)

Sur autorisation :

Pour convenances personnelles : indiquer le motif :

(Joindre un courrier explicatif)

Pour créer ou reprendre une entreprise *(joindre un courrier précisant la forme juridique et l'objet social de l'entreprise ainsi que l'avis préalable de la commission de déontologie)*

Pour raisons médicales : l'avis du médecin de prévention est **obligatoire** et doit être sollicité avant la transmission de la demande à la DSDEN des Yvelines, auprès du Dr Combes (☎ 01 30 83 46 71).

SURCOTISATION : *(voir Annexe 2)*

Je ne souhaite pas surcotiser

Je souhaite surcotiser, **pour la période du** **au**

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

Avis obligatoire de l'Inspecteur ou de l'Inspectrice de l'Education Nationale :

Favorable Défavorable *(motivation obligatoire)* :

.....
.....

Le Signature :