

**DEMANDE DE TRAVAIL A TEMPS PARTIEL SUR AUTORISATION
Pour les maîtres du 1^{er} degré affectés en collège**

ANNEE SCOLAIRE 2017-2018

**Division de
l'enseignement privé**

Bureau DEP 2
Actes collectifs - retraite

Affaire suivie par
Dorothee Franck
Sandrine Sechi
Téléphone
04.72.80.68.55 / 84
Télécopie
04.72.80.68.85
Courriel
ce.ia69-dep-privé@
ac-lyon.fr

21 rue Jaboulay
69309 Lyon
CEDEX 07

ETABLISSEMENT :

(nom et adresse)

NOM :

PRENOM :

GRADE :

souhaite exercer mes fonctions à temps partiel pour une modalité de :

..... heures/18 heures
(quotité comprise entre 50% et 90 %)

..... heures/21 heures
(quotité comprise entre 50% et 90 %)

du 1^{er} septembre 2017 au 31 août 2018.

A, Le

Signature

Avis du chef d'établissement

- FAVORABLE
 DEFAVORABLE (à motiver explicitement)

A, Le

Signature du chef d'établissement