

CODE : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

ADRESSE :

**TEMPS PARTIEL - RENTRÉE SCOLAIRE 2023 pour les personnels enseignants, d'éducation et psychologues**

Je soussigné(e) (Nom et prénom) : .....

Domicilié(e) : .....

Grade : ..... Discipline .....

**VOEUX**

I  – **SOUHAITE reprendre l'exercice de mes fonctions à TEMPS COMPLET à la rentrée 2023.**

II  – **SOUHAITE exercer à TEMPS PARTIEL SUR AUTORISATION durant l'année scolaire 2023-2024.**

1)  **pour convenances personnelles**

Je souhaite surcotiser

Je ne souhaite pas surcotiser

2)  **pour créer ou reprendre une entreprise (joindre un extrait KBIS ou toute autre pièce relative à l'entreprise)**

Je souhaite surcotiser

Je ne souhaite pas surcotiser

III  – **SOUHAITE exercer à TEMPS PARTIEL DE DROIT à la rentrée 2023**

1)  **POUR ELEVER UN ENFANT DE MOINS DE TROIS ANS (joindre IMPERATIVEMENT un extrait de l'acte de naissance de l'enfant ou la copie du livret de famille dans son intégralité c'est-à-dire avec la copie de la page relative aux parents)**

Si cet enfant atteint l'âge de trois ans au cours de l'année **2023-2024** – Date à préciser \_\_\_\_\_

Je demande à reprendre mon activité à temps plein

Je demande à demeurer à temps partiel sur autorisation pour le reste de l'année scolaire **2023-2024**

Dans ce cas  Je souhaite surcotiser pour cette période de temps partiel sur autorisation

Je ne souhaite pas surcotiser pour cette période de temps partiel sur autorisation

2)  pour **DONNER DES SOINS** à son conjoint (marié ou pacsé) à un enfant à charge (âgé de moins de 20 ans ouvrant droit aux prestations familiales) ou à un ascendant atteint d'un handicap nécessitant la présence d'une tierce personne ou victime d'un accident ou d'une maladie grave – **joindre les pièces justificatives correspondantes, à savoir le justificatif du lien de parenté et le certificat médical et/ou la carte d'invalidité.**

Je souhaite surcotiser

Je ne souhaite pas surcotiser

3)  **pour un personnel en situation de handicap** (Ce droit est subordonné à la production de la reconnaissance de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (R.Q.T.H.).

Je souhaite surcotiser

Je ne souhaite pas surcotiser

**TEMPS PARTIEL ANNUALISE**

Dans ce cadre, une quotité de 50% sera privilégiée pour des raisons évidentes d'intérêt du service

Je sollicite un temps partiel annualisé

OUI

NON

Je souhaite exercer du 1<sup>er</sup> septembre 2023 au 31 janvier 2023

Je souhaite exercer du 1<sup>er</sup> février 2024 au 31 août 2024.

**NOMBRE D'HEURES SOLLICITEES**

Demande de l'intéressé( e)	Avis du chef d'établissement
Quotité sollicitée : ...../.....h  les CPE et PSYEN s'exprimeront exclusivement en pourcentage : .....  Soit : .....%  <i>J'ai pris bonne note de la possibilité, tant pour le chef            d'établissement que pour le recteur, de moduler le temps partiel à  <b>plus ou moins 2 heures</b> selon les nécessités de service.  <b>Ma demande n'est ni annulable, ni modifiable après le 31 mai            2023.</b></i>	<input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable  Quotité validée par le chef d'établissement : ...../.....h  Soit : .....%  <b><u>Cette quotité validée inclut les pondérations éventuelles et/ou            la modification de quotité de plus ou moins 2 heures.</u></b>

- L'intéressé(e) est installé(e) sur un poste :  DÉFINITIF -  PROVISOIRE

- L'intéressé(e) a fait une demande de MUTATION :  OUI -  NON

Date :  <div style="text-align: center;">Signature de l'intéressé(e)</div>	Date :  <div style="text-align: center;">Signature du Chef d'établissement</div>
----------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------