

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

ADRESSE :

TEMPS PARTIEL - RENTRÉE SCOLAIRE 2024 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 2024.**

II – **SOUHAITE exercer à TEMPS PARTIEL SUR AUTORISATION durant l'année scolaire 2024-2025.**

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 2024**

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 **2024-2025** – 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 **2024-2025**

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^{er} septembre 2024 au 31 janvier 2025

Je souhaite exercer du 1^{er} février 2025 au 31 août 2025.

NOMBRE D'HEURES SOLLICITEES

Demande de l'intéressé(e)	Avis du chef ou de la cheffe 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 plus ou moins 2 heures selon les nécessités de service. Ma demande n'est ni annulable, ni modifiable après <u>le 31 mai</u> <u>2024.</u></i>	<input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable Quotité validée par le chef d'établissement :/.....h Soit :% <u>Cette quotité validée inclut les pondérations éventuelles et/ou la modification de quotité de plus ou moins 2 heures.</u>

- 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 ou de la cheffe d'établissement</div>
--	--