



RÉGION ACADÉMIQUE
NORMANDIE

MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE



DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCER A TEMPS PARTIEL - PERSONNELS ENSEIGNANTS, D'ÉDUCATION ET D'ORIENTATION -

Document à retourner au chef d'établissement et adressé au Rectorat - DPE
- après saisie sur GI/GC -

DE DROIT	SUR AUTORISATION (1)
<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} demande <input type="checkbox"/> Renouvellement (tacite) <input type="checkbox"/> Renouvellement au terme de 3 ans	<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} demande <input type="checkbox"/> Renouvellement (tacite) <input type="checkbox"/> Renouvellement au terme de 3 ans

Je soussigné(e) _____

Corps* Agrégés Certifiés PEPS Ce EPS PLP AE PEGC CPE COP
 DDFPT

Discipline d'enseignement : _____

Affectation à titre définitif en 2016/2017 : (2) indiquer le nom de l'établissement
(3) pour les TZR indiquer l'établissement de rattachement :

à titre définitif (2) _____

titulaire sur zone de remplacement (3) _____

Souhaite pour l'année scolaire 2016/2017 :

Reprendre l'exercice de mes fonctions à TEMPS COMPLET à la rentrée 2017

Exercer à TEMPS PARTIEL SUR AUTORISATION
à la rentrée pour la quotité horaire suivante : (1)

Exercer à TEMPS PARTIEL DE DROIT
à la rentrée pour la quotité horaire suivante : (1)

pour élever un enfant de moins de trois ans. Si cet enfant atteint l'âge de 3 ans au cours de l'année
2016-2017, je demande au terme des 3 ans de l'enfant (indiquer la date) : _____

A reprendre mon activité à temps complet

A demeurer à temps partiel sur autorisation pour le reste de l'année scolaire

pour un personnel en situation de handicap

Autre motif (soins)

(1) Exprimée en fraction d'ORS ; ex 16/18^e sauf pour les CPE et les COP exprimés en pourcentage d'ORS
NB : cette quotité peut être modifiée de plus ou moins 2 heures selon les nécessités du service dans la limite
de la dotation de l'établissement en heures postes après accord du service des moyens concerné (DOSS ou DPPM)

je souhaite l'annualisation de mon temps partiel sur une base annuelle répartie comme suit (1) :

Période travaillée à temps complet : du _____ au _____

Période non travaillée : du _____ au _____

je souhaite bénéficier de la surcotisation : je demande à bénéficier des dispositions de l'article 1-2 du décret n°2004-678 du 08/07/04 prévoyant la possibilité de surcotiser. Dans ce cas, le décompte de la période de travail à temps partiel est considéré comme une période de travail à temps plein pour le calcul de la pension (dans la limite d'une récupération maximale de 4 trimestres).

je ne souhaite pas bénéficier de la surcotisation

NB : attention une fois ce choix exprimé, il est IRREVOCABLE ; aussi, il est très conseillé de contacter votre gestionnaire DPE afin de connaître en amont les conséquences financières de ce choix.

Je participe au mouvement des personnels : oui non

Au cas où les nécessités de service se révéleraient être incompatibles avec la quotité horaire demandée, à plus ou moins deux heures, je choisis dans ce cas :

- d'exercer à mi-temps
- de conserver un temps plein

Avis du chef d'établissement ou du directeur de CIO :

- FAVORABLE préciser la quotité : _____
- DEFAVORABLE motif du refus : _____

Précisions éventuelles relatives à l'organisation du service : _____

Date et signature du chef d'établissement :

Signature de l'intéressé(e) précédée de la mention "vu et pris connaissance" :