



RÉGION ACADÉMIQUE  
NORMANDIE

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



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

Document à retourner :

- Pour les personnels enseignants et d'éducation => au chef d'établissement qui l'adresse au Rectorat - DPE après saisie sur GI/GC-
- Pour les Psy EN EDO => au DCIO qui l'adresse à la DPE
- Pour les Psy EN EDA => à l'IEN de circonscription qui l'adresse au SRH de la DSDEN

| DE DROIT   | SUR AUTORISATION (1)   |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> demande<br><input type="checkbox"/> Renouvellement (tacite)<br><input type="checkbox"/> Renouvellement au terme de 3 ans | <input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> demande<br><input type="checkbox"/> Renouvellement (tacite)<br><input type="checkbox"/> Renouvellement au terme de 3 ans |

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

Corps  Agrégés  Certifiés  AE  PEGC  PEPS  CE EPS  P.LP  DDFPT  
 CPE  Psy-EN

Discipline d'enseignement : \_\_\_\_\_

Affectation à titre définitif en 2017/2018 : (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 2018/2019 :

Reprendre l'exercice de mes fonctions à TEMPS COMPLET à la rentrée 2018

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 2018-2019, 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<sup>e</sup> sauf pour les CPE et les Psy-EN 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 surcotation** : je demande à bénéficier des dispositions de l'article 1-2 du décret n°2004-678 du 08/07/04 prévoyant la possibilité de surcoter. 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 surcotation**

*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, du directeur de CIO ou de l'IEN de circonscription :

FAVORABLE préciser la quotité : \_\_\_\_\_

DEFAVORABLE motif du refus : \_\_\_\_\_

Précisions éventuelles relatives à l'organisation du service : \_\_\_\_\_

Date et signature du chef d'établissement du directeur de CIO ou de l'IEN de circonscription :

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