



RÉGION ACADÉMIQUE
NORMANDIE

MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE
ET DE LA JEUNESSE
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 ^{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 AE PEGC PEPS CE EPS P.LP DDFPT
 CPE Psy-EN

Discipline d'enseignement : _____

Affectation à titre définitif en 2018/2019 : (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 2019/2020 :

Reprendre l'exercice de mes fonctions à TEMPS COMPLET à la rentrée 2019

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 2019-2020, 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 Psy-EN exprimée 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, du directeur de CIO ou de l'IEN de circonscription :

- FAVORABLE préciser la quotité : _____
- DEFAVORABLE

Motivation de l'avis :

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" :