

Annexe 1 – Formulaire de demande de temps partiel

Année scolaire 2019-2020		
Direction des Relations et des Ressources Humaines Direction des Personnels Enseignants		DEMANDE D'EXERCICE A TEMPS PARTIEL <input type="checkbox"/> (1) DEMANDE DE REPRISE A TEMPS COMPLET <input type="checkbox"/> (1)
NOM - Prénom	Grade :	
NOM de jeune fille	Date de naissance :	Discipline :
Etablissement d'exercice au cours de la présente année scolaire :		
Attention : RUBRIQUES A RENSEIGNER OBLIGATOIREMENT		
VOEUX		
I - <input type="checkbox"/> SOUHAITE reprendre l'exercice de ses fonctions à TEMPS COMPLET à la rentrée 2019		
II - <input type="checkbox"/> SOUHAITE exercer à TEMPS PARTIEL SUR AUTORISATION durant l'année scolaire 2019-2020		
1) <input type="checkbox"/> POUR CREER OU REPRENDRE UNE ENTREPRISE (joindre le KBis)		
<input type="checkbox"/> souhaite surcotiser <input type="checkbox"/> ne souhaite pas surcotiser		
2) <input type="checkbox"/> POUR CONVENANCES PERSONNELLES		
<input type="checkbox"/> souhaite surcotiser <input type="checkbox"/> ne souhaite pas surcotiser		
III - <input type="checkbox"/> SOUHAITE exercer à TEMPS PARTIEL DE DROIT à la rentrée 2019		
3) <input type="checkbox"/> POUR ELEVER UN ENFANT DE MOINS DE TROIS ANS (surcotisation de droit et gratuite)		
N.B : si cet enfant atteint l'âge de 3 ans au cours de l'année 2019-2020 – date à préciser :		
<input type="checkbox"/> demande à reprendre son activité à temps plein <input type="checkbox"/> demande à demeurer à temps partiel sur autorisation pour le reste de l'année scolaire 2019-2020.		
Dans le seul cas d'une poursuite à temps partiel sur autorisation :		
<input type="checkbox"/> souhaite surcotiser pour cette période de temps partiel sur autorisation (surcotisation à taux plein) <input type="checkbox"/> ne souhaite pas sur cotiser pour cette période de temps partiel sur autorisation		
4) <input type="checkbox"/> POUR DONNER DES SOINS A UN ENFANT, UN CONJOINT OU UN ASCENDANT (joindre un certificat émanant d'un médecin, accompagné selon le cas de la copie de l'allocation d'éducation spéciale, de la carte d'invalidité, de l'allocation adulte handicapé, de l'indemnité compensatrice tierce personne)		
<input type="checkbox"/> souhaite surcotiser <input type="checkbox"/> ne souhaite pas surcotiser		
5) <input type="checkbox"/> POUR UN PERSONNEL EN SITUATION DE HANDICAP (sous réserve de fournir le justificatif correspondant)		
<input type="checkbox"/> surcotisation taux de pension civile réduit (copie de la carte d'invalidité précisant le taux d'invalidité) <input type="checkbox"/> souhaite surcotiser taux normal (invalidité inférieure à 80%) <input type="checkbox"/> ne souhaite pas surcotiser		
MUTATION		
(1) SOLLICITE une mutation pour la prochaine année scolaire : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Si vous obtenez votre mutation, une demande de renouvellement de temps partiel devra être formulée auprès de votre nouveau chef d'établissement et retournée aux services de la DOS et de la DPE pour le 27 juin 2019 au plus tard.		

NOMBRE D'HEURES SOLLICITEES	
Précisez le nombre d'heures demandées sous forme de fraction (ex : 12/18 pour un professeur certifié) :	
Pour les PsyEN et les CPE uniquement, indiquez la quotité choisie en pourcentage :	
TEMPS PARTIEL DEMANDE DANS LE CADRE D'UNE DEMANDE DE COMPLEMENT DE LIBRE CHOIX D'ACTIVITE : souhaite exercer un service correspondant à une quotité :	
<input type="checkbox"/> Strictement égale à 50%	<input type="checkbox"/> Strictement égal à 80%
<input type="checkbox"/> Comprise entre 50% et 80%	
MODALITES DE REALISATION DU TEMPS PARTIEL	
<input type="checkbox"/> Temps partiel hebdomadaire <input type="checkbox"/> Temps partiel annualisé (joindre impérativement un courrier)	
<p>Pour les temps partiels sur autorisation exclusivement, au cas où les nécessités de service se révéleraient être incompatibles avec la quotité horaire demandée, à PLUS ou MOINS DEUX HEURES près,</p> <p>JE CHOISIS d'exercer dans ce cas :</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> A MI-TEMPS (1) <input type="checkbox"/> A TEMPS COMPLET (1) </p> <p style="text-align: right;">A, le</p> <p style="text-align: right;">Signature</p>	
PROPOSITIONS DU CHEF D'ETABLISSEMENT RELATIVES A LA DEMANDE DE TEMPS PARTIEL	
<p>Avis préparatoire du chef d'établissement (uniquement pour les temps sur autorisation pour lesquels la décision définitive n'interviendra qu'au mois de juin 2019)</p> <p><input type="checkbox"/> Favorable</p> <p><input type="checkbox"/> Défavorable (les refus opposés à une demande de temps partiel doivent être précédés d'un entretien et motivés) : motif du refus :</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>- Quotité qui peut être accordée à l'intéressé (e) (y compris, heures de décharge de service éventuelles ou modifications de + ou – 2 heures pour les temps partiels sur autorisation)</p> <div style="text-align: right; border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; margin-left: auto;"></div>	
<p>A, le</p> <p>Signature du Chef d'établissement,</p>	
<p>Signature de l'intéressé (e) Précédée de la mention « VU ET PRIS CONNAISSANCE »</p>	