

DEMANDE D'EXERCICE A TEMPS PARTIEL SUR AUTORISATION ANNEE SCOLAIRE 2016/2017

A retourner au plus tard le 01 / 03 / 2016 à votre IEN

NOM : PRENOM :

Votre poste pour l'année 2015-2016 : Ecole

à titre définitif à titre provisoire en affectation annuelle

Nature du poste : Enseignant classe élémentaire Directeur (*nb de classes : ____*) Chargé d'école
 Enseignant classe maternelle Enseignement spécialisé Titulaire de secteur
 Titulaire remplaçant de brigade (*indiquez votre école de rattachement dans « Ecole »*)

TEMPS PARTIEL SUR AUTORISATION

Pour raison de santé (certificat médical sous pli confidentiel du médecin traitant, adressé au médecin de prévention)

Pour élever un enfant de plus de 3 ans et de moins de 8 ans durant l'année scolaire 2015-2016

Pour convenances personnelles (lettre de motivation)

QUOTITE ACTUELLE

50% 75% temps complet

QUOTITE DEMANDEE

50%
 75%
 80% dans un cadre annuel
 enseignant A enseignant B enseignant C enseignant D enseignant E

QUOTITE DE REPLI (*obligatoirement différente de la quotité demandée*)

50% 75% 100%

50% annualisé : du 01/09/16 au 31/01/17 du 01/02/17 au 31/08/17

Nom et poste de l'enseignant qui exercera avec vous :

Souhaitez-vous exercer : sur votre poste sur le poste de votre collègue

SURCOTISATION

J'atteste avoir pris connaissance des modalités de surcotisation.

Je souhaite surcotiser : OUI NON

Fait à _____, le ___ / ___ / 2016

Signature de l'intéressé(e) :

Avis de l'IEN : favorable défavorable

Signature :