

Demande d'autorisation d'exercer à temps partiel dans le cadre hebdomadaire Année scolaire 2024/2025

1^{ère} demande reconduction

NOM : Prénom.....

Fonction..... Affectation (**école + commune**):.....
(si poste de direction, le préciser et indiquer le nombre de classes)

sollicite l'autorisation d'exercer à temps partiel :

<input type="checkbox"/> TEMPS PARTIEL DE DROIT	<input type="checkbox"/> TEMPS PARTIEL SUR AUTORISATION		
MOTIFS	MOTIFS	PIECES A FOURNIR	Réservé à l'administration
<input type="checkbox"/> Date de naissance du dernier enfant :	<input type="checkbox"/> Situation médicale de l'agent	<input type="checkbox"/> Certificat médical	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Date d'adoption :	<input type="checkbox"/> Enfants à charge	<input type="checkbox"/> Livret de famille	<input type="checkbox"/>
Si fin du temps partiel de droit pour enfant de - de 3 ans en cours d'année scolaire : <input type="checkbox"/> Réintégration à temps plein le jour du 3 ^{ème} anniversaire de l'enfant sur tout complément de poste disponible <input type="checkbox"/> Prolongation du temps partiel sur autorisation jusqu'au 31 août (Choix à confirmer par courrier s/c de l'IEN 2 mois avant l'échéance)	<input type="checkbox"/> Situation sociale	<input type="checkbox"/> Toutes pièces justificatives	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Création ou reprise d'entreprise	<input type="checkbox"/> Justificatifs liés à l'inscription ou affiliation	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Transition préalable à fin de carrière	<input type="checkbox"/> Toutes pièces justificatives	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bénéficiaire de l'obligation d'emploi	<input type="checkbox"/> Autre (à préciser)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Donner des soins	<input type="checkbox"/> je souhaite reconduire ma surcotisation <input type="checkbox"/> je souhaite obtenir des renseignements sur la surcotisation		

Nombre de 1/2 journées libérées souhaité :

2	3(*)	4

(cocher la case correspondante)
() temps partiel de droit uniquement*

Date :

Signature :

Cas particuliers des directions de 4 classes et plus et des remplaçants sollicitant un temps partiel sur autorisation

mouvement Oui Non

Participation au

En cas de maintien ou d'obtention d'un poste de direction déchargée ou de remplaçant

Je donne priorité à mon poste au temps partiel

AVIS de l'Inspecteur de l'Éducation Nationale concernant la quotité souhaitée :

Favorable **Défavorable** - Motif :

Date :

Signature :

NB : (*) cochez la ou les cases utiles