

Demande de reprise à temps complet

Année scolaire 2020/2021

NOM :Prénom :

Fonction : Affectation :

(si poste de direction, le préciser et indiquer le nombre de classes)

sollicite l'autorisation de reprendre à temps complet.

Date : Signature :

AVIS de l'Inspecteur de l'Éducation nationale

Motif :

Date : Signature :