

## Demande de reprise à temps complet

Année scolaire 2019/2020

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 :