

Demande d'autorisation d'exercer à temps partiel

Année scolaire 2019/2020

1^{ère} demande - Renouvellement

En l'absence des justificatifs exigés la demande ne pourra être instruite

NOM : Prénom :

Affectation actuelle :

Adresse personnelle :

Fonctions exercées : adjoint directeur titulaire remplaçant

solicite l'autorisation d'exercer à temps partiel à compter du 01/09/2019 pour la durée de l'année scolaire :

	de droit	sur autorisation <i>Rappel : la demande de temps partiel sur autorisation doit être impérativement accompagnée d'un courrier motivant la demande et des justificatifs nécessaires (voir notice)</i>	Cadre réservé à l'administration
Pour le motif suivant :	<input type="checkbox"/> naissance ou adoption enfant(s) de moins de 3 ans <u>Aux 3 ans de l'enfant :</u> <input type="checkbox"/> prolongation par temps partiel sur autorisation <input type="checkbox"/> reprise à temps complet <input type="checkbox"/> handicap (joindre justificatif) <input type="checkbox"/> donner des soins au conjoint, enfant, ascendant (joindre justificatif)	Motif de la demande : <input type="checkbox"/> Médical (avis du service de la médecine de prévention) <input type="checkbox"/> Professionnel (courrier revêtu de l'avis de l'IEN) <input type="checkbox"/> Social (courrier à l'assistante sociale) <input type="checkbox"/> Familial : - Éloignement/célibat géographique : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non - Nombre d'enfants de moins de 11 ans au 31 août de l'année scolaire en cours : - Famille monoparentale : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Création d'entreprise <input type="checkbox"/> Autre : (Détailé succinctement)	<input type="checkbox"/> Avis médecine de prévention <input type="checkbox"/> Courrier avec avis IEN <input type="checkbox"/> Courrier adressé à l'AS <input type="checkbox"/> Justificatif de domicile <input type="checkbox"/> Copie livret de famille <input type="checkbox"/> Avis d'imposition avec le nombre de parts <input type="checkbox"/> Document concernant la création et copie de la demande de cumul
Demande de surcotation (uniquement pour le temps partiel sur autorisation) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Je souhaite des informations sur la surcotation			
Nombre de ½ journées libérées	Temps partiel dans un cadre hebdomadaire		
	<input type="checkbox"/> 2 ½ journées libérées <input type="checkbox"/> 4 ½ journées libérées	<input type="checkbox"/> 2 ½ journées libérées <input type="checkbox"/> 4 ½ journées libérées	
Journées souhaitées	<input type="checkbox"/> Lundi - <input type="checkbox"/> Mardi - <input type="checkbox"/> Mercredi - <input type="checkbox"/> Jeudi - <input type="checkbox"/> Vendredi	<input type="checkbox"/> Lundi - <input type="checkbox"/> Mardi - <input type="checkbox"/> Mercredi - <input type="checkbox"/> Jeudi - <input type="checkbox"/> Vendredi	
1) Pour les personnels souhaitant exercer à 80%, il est impératif de joindre à la demande de temps partiel l'attestation d'engagement à rendre les heures non effectuées (Cf annexe jointe).			
2) Si 80% souhaité, informations relatives au caractère exceptionnel de la situation justifiant l'octroi de cette quotité (ces informations peuvent être jointes sous pli cacheté) :			
Temps Partiel annualisé			
	<input type="checkbox"/> 50% période travaillée : ◦ 1 ◦ 2	<input type="checkbox"/> 50% période travaillée : ◦ 1 ◦ 2	
	<input type="checkbox"/> 80% période interruptive : ◦ 1 ◦ 2 ◦ 3 ◦ 4 ◦ 5	<input type="checkbox"/> 80% période interruptive : ◦ 1 ◦ 2 ◦ 3 ◦ 4 ◦ 5	

Les enseignants qui sollicitent un temps partiel sur autorisation **pour raisons médicales** ou **pour raisons sociales** doivent fournir tout élément susceptible d'éclairer leur demande, sous pli cacheté.
Si vous déposez une demande dans ce cadre, merci de bien vouloir préciser :

je joins le pli cacheté à la présente demande et l'administration fera suivre au service concerné.

Je transmets un pli cacheté directement :

au service de médecine de prévention du rectorat accompagné d'une copie de la présente demande de temps partiel

Rectorat de l'Académie de NANCY-METZ
Médecine de prévention
CO n°30013
54035 NANCY
Téléphone : 03.83.86.20.72
Fax : 03.83.86.23.93
ce.medecine-prevention@ac-nancy-metz.fr

au service social

DSDEN 55
Service social en faveur des personnels – Mme DUFFING Laure
24 Avenue du 94e R.I.
BP 20564
55000 BAR LE DUC Cedex
Téléphone : 03.29.76.63.83
laure.duffing@ac-nancy-metz.fr

Avis IEN :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Favorable sur l'exercice à TP sur autorisation | <input type="checkbox"/> Favorable sur la quotité |
| <input type="checkbox"/> Défavorable sur l'exercice à TP sur autorisation (à motiver) : | <input type="checkbox"/> Défavorable sur la quotité |
-
-

Si les modalités de temps partiel sollicitées ne peuvent être organisées, un entretien avec l'IEN de circonscription peut avoir lieu afin de rechercher celles qui seraient le plus à même de concilier l'intérêt du service avec les souhaits émis par l'intéressé(e).

Vous souhaitez :

- Un entretien dans les locaux de l'IEN.
 Un entretien téléphonique avec l'IEN.

A _____, le _____

Signature

Calcul de la quotité par l'IEN :

L'intéressé(e) a été contacté :

- En cas de refus de la quotité demandée, l'intéressé(e) accepte une autre quotité à :
- En cas de refus de la quotité demandée, l'intéressé(e) souhaite reprendre à temps complet.

Visa IEN :

A _____, le _____