

Année scolaire 2024-2025

ANNEXE 1

DEMANDE D'EXERCICE A TEMPS PARTIEL OU DE REPRISE A TEMPS COMPLET

Je soussigné(e) (Prénom, NOM) :

Affectation actuelle :

Commune : Circonscription :

FONCTIONS EXERCEES : Adjoint Directeur TR Stagiaire

QUOTITE ACTUELLE : %

Souhaite pour la prochaine rentrée scolaire 2024-2025 :

Reprendre mes fonctions à temps plein

Exercer mes fonctions à temps partiel

Dans le cadre de : 1^{ère} demande Renouvellement - Pour une quotité de : %

Dans le cadre de l'annualisation : Oui Non

MOTIF

De Droit :

Pour élever un enfant de moins de 3 ans ou adopté depuis moins de 3 ans au 01/09/2024 (joindre copie du livret de famille) ;

Pour donner des soins à son conjoint, un enfant à charge, un ascendant au titre de la maladie ou de l'accident (joindre un certificat médical du praticien qui suit la personne et le document attestant du lien de parenté) ;

Pour donner des soins à son conjoint, un enfant à charge, un ascendant au titre du handicap nécessitant la présence d'un tiers (joindre tout justificatif du handicap et le document attestant du lien de parenté) ;

Pour une situation de handicap de l'agent (joindre impérativement une pièce justificative attestant du handicap ainsi que l'avis du médecin de prévention après examen médical) ;

Sur Autorisation :

Convenances :

◇ **personnelles**, indiquer le motif :
(joindre obligatoirement un courrier explicatif)

◇ **Au titre de la retraite progressive** (joindre copie de votre relevé CNAV)

Pour créer ou reprendre une entreprise (joindre un courrier précisant la forme juridique et l'objet social de l'entreprise ainsi qu'un descriptif de l'activité).

Pour raisons médicales : l'avis du médecin de prévention, **obligatoire**, doit être sollicité avant le 05 février 2024. Il convient d'adresser au SMIS les certificats médicaux récents et détaillés accompagnés de l'**annexe 3**.

SURCOTISATION (voir Annexe 2)

Je ne souhaite pas surcotiser

Je souhaite surcotiser, pour la période du au

Fait àle Signature de l'intéressé(e) :

Avis obligatoire de l'Inspecteur ou de l'Inspectrice de l'Education Nationale :

Favorable Défavorable (motivation obligatoire) :

.....
.....

Le Signature de l'IEEN :