

Année scolaire 2023-2024

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 2023-2024 :**

**Reprendre mes fonctions à temps plein**

**Exercer mes fonctions à temps partiel**

Dans le cadre de :  1<sup>ère</sup> 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 01/09/2023** (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 :**

**Pour convenances personnelles**, indiquer le motif : .....  
(joindre obligatoirement un courrier explicatif) ;

**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 06 février 2023. 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 à ..... le ..... 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 :