

DEMANDE DE RÉINTÉGRATION APRÈS UNE MISE EN DISPONIBILITÉ

Année scolaire 2024/2025

Je soussigné(e) :

Nom, Prénom : Date de naissance :

Adresse complète :

.....

.....

Tel : @ :

Reprendrai mes fonctions à la rentrée scolaire de septembre 2024.

▪ **Je m'engage à fournir un certificat médical d'aptitude avant le 1er septembre 2024 ;**

▪ Toute demande d'exercice à temps partiel devra être formulée par courrier adressée à la division des personnels enseignants du premier degré de la DSDEN des Yvelines ;

Liste des médecins agréés :

<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/listes-de-medecins-agrees-en-ile-de-france>

Les circulaires relatives aux demandes de temps partiel et à la participation au mouvement départemental sont accessibles sur le site de la DSDEN des Yvelines ou sur ARIANE.

Site de la DSDEN:

<http://www.ac-versailles.fr/dsden78/pid35418/personnels-education-nationale-des-yvelines.html?dmenu=3>

Date et signature :