

TYPES DE DISPONIBILITE ET PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR

Année scolaire 2026/2027

Toutes les demandes doivent être effectuées en ligne via COLIBRIS

<https://demarches-versailles.colibris.education.gouv.fr/temps-partiels/rh-demande-de-disponibilite-dsden-92/>

Aucun envoi par mail ne sera pris en compte.

DISPONIBILITE	DUREE	DROITS (retraite, mouvement)	EXERCICE D'UNE AUTRE ACTIVITE¹	DROITS A L'AVANCEMENT²	PIECES JUSTIFICATIVES A DEPOSER SUR VOTRE DEMARCHE
DE DROIT	Pour éllever un enfant de moins de 12 ans	1 an renouvelable dans la limite des 12 ans de l'enfant	Période prise en compte dans la durée d'assurance retraite, dans la limite de 3 ans par enfant	Autorisée sur le temps scolaire de l'enfant	Acte de naissance, livret de famille ou jugement d'adoption
	Pour donner des soins à un proche	1 an renouvelable tant que les conditions sont réunies		Autorisée (avec justificatif indiquant la compatibilité entre l'activité professionnelle et les soins donnés)	Document attestant le lien avec le proche : ET Attestation médicale (Annexe 2) à faire signer par le médecin du proche
	Pour suivre son conjoint	1 an renouvelable tant que les conditions sont réunies	Période comptabilisée pour moitié de sa durée dans le calcul des années de séparation pour le mouvement interdépartemental	Autorisée	Acte de mariage ou livret de famille ou copie du PACS ET Attestation d'emploi du conjoint mentionnant le lieu de travail, datée de moins de 3 mois , traduite en français le cas échéant, ou KBIS si entrepreneur
	Pour mandat d'élu local	Durée du mandat local		N'ouvre pas de droits	Attestation de mandat
	Pour se rendre dans les COM ou à l'étranger en vue d'une adoption	6 semaines par agrément			Agrément de l'aide sociale à l'enfance
SUR AUTORISATION Sous réserve des nécessités de service	Pour créer ou reprendre une entreprise	1 an renouvelable, dans la limite de 2 ans		Autorisée	Lettre explicative présentant le projet, la forme juridique et l'objet social de l'entreprise
	Pour convenances personnelles	1 an renouvelable, dans la limite de 5 ans consécutifs, renouvelables dans la limite de 10 ans sur l'ensemble de la carrière, à condition de réintégrer pendant au moins 18 mois à la fin d'une période de 5 ans		Autorisée	Lettre explicative accompagnée de tous justificatifs nécessaires pour appuyer la demande. En cas de demande pour raison médicale, transmettre l'annexe 3 signée de votre médecin au médecin des personnels
	Pour études ou recherches présentant un intérêt général	1 an renouvelable, dans la limite de 6 ans		Autorisée	Lettre de motivation et document attestant de l'intérêt général des études

¹ L'enseignant doit faire une demande d'autorisation de cumul d'activité conformément à la circulaire académique annuelle. L'enseignant en disponibilité n'est pas autorisé à exercer en tant qu'enseignant contractuel dans l'enseignement public ou privé sous contrat d'association.

² Les conditions et démarches pour bénéficier du droit à l'avancement sont précisées dans la circulaire départementale annuelle, publiée au 1^{er} semestre

CERTIFICAT MÉDICAL POUR UNE DISPONIBILITÉ
POUR DONNER DES SOINS A UN PROCHE

Objet : Certificat médical en vue de l'obtention d'une disponibilité de droit pour donner des soins à un proche à la suite d'un accident ou d'une maladie grave ou atteint d'un handicap

Référence : Décret n°85-986 du 16 septembre 1985 modifié

Partie à compléter par l'agent demandant la disponibilité

NOM :

PRENOM :

Lien avec le proche aidé :

Corps : Instituteur Professeur des écoles titulaire Professeur des écoles stagiaire

Date :

Signature :

Partie à compléter par le médecin en charge du proche aidé

Je, soussigné(e) docteur.....
médecin, certifie que l'état de santé de.....
nécessite la présence de l'enseignant.....
pour lui donner des soins.

Fait à.....

Cachet du médecin

Le :

Signature originale du médecin

DEMANDE D'AVIS MEDICAL

DISPONIBILITE

Cette demande est à transmettre uniquement au médecin des personnels à l'adresse ce.ia92.medecindespersonnels@ac-versailles.fr, après visa par le médecin de l'agent.

Identité du demandeur

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Affectation actuelle :

Quotité effectuée en 2025/2026 :

Quotité sollicitée :

Situation particulière en 2025/2026 (congé maladie ordinaire, congés longs, temps partiel thérapeutique) :

Déclaration création entreprise ou cumul d'activités :

Signature du demandeur

Partie à remplir par le médecin de l'agent ou informations devant apparaître sur le certificat médical rédigé

Identité du patient :

Identité du médecin (tampon et signature) :

RQTH : oui non avec date de fin de la notification :

ATCD médicaux :

Traitements médicamenteux :

Suivi médical particulier (fréquence des consultations, soins paramédicaux...) :

Description de la situation médicale actuelle :

Quotité sollicitée :