

DIFFERENTS TYPES DE TEMPS PARTIEL

I. TEMPS PARTIEL DE DROIT

| MOTIF | DUREE | PIECES JUSTIFICATIVES à scanner en PDF et transmettre via COLIBRIS |
|---|--|---|
| Pour élever un enfant à charge de moins de 3 ans | Jusqu'à la veille des 3 ans de l'enfant pour lequel le temps partiel de droit a été sollicité. En cas d'adoption, jusqu'au jour de l'échéance du délai de 3 ans à compter de l'arrivée au foyer de l'enfant adopté (et ce quel que soit l'âge de l'enfant). | Acte de naissance ou livret de famille ou jugement d'adoption |
| Pour donner des soins au conjoint ou partenaire, à un enfant à charge ou un ascendant direct atteint d'un handicap , gravement malade ou victime d'un accident et nécessitant la présence d'une tierce personne | Renouvelable sans limitation tant que les conditions requises pour l'obtenir sont réunies . | 1. Justificatif du lien avec la personne à laquelle sont donnés des soins : - si conjoint ou partenaire : votre acte de naissance intégral ou certificat de concubinage établi en mairie datant de moins de 3 mois - si enfant : copie intégrale du livret de famille ou acte de naissance, - si ascendant direct : copie intégrale du ou des livrets de famille de l'ascendant mentionnant le lien avec l'enseignant. 2. Attestation médicale (annexe 2) remplie par un professionnel de santé attestant de la nécessité de la présence d'une tierce personne |
| Pour un agent en situation de handicap dans le cadre de l'obligation d'emploi relevant des 1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 9°, 10° et 11° de l'article L.5212-13 du code du travail | Renouvelable sans limitation tant que les conditions requises pour l'obtenir sont réunies . | Toute pièce justificative attestant de la situation de handicap et en cours de validité pour toute l'année scolaire : notification de RQTH (Reconnaissance de Qualité de Travailleur Handicapé), d'attribution d'une rente d'accident du travail de plus de 10 %, d'attribution de l'AAH (Allocation d'Adulte Handicapé), de perception d'une pension d'invalidité, copie de la carte d'invalidité. <i>NB : l'enseignant justifie cette demande en remplissant l'annexe avis médical (téléchargeable lors de la demande de temps partiel sur COLIBRIS). Ce document est à adresser par courriel, avec en objet « pli confidentiel demande de temps partiel » à : medecintempspartiels95@ac-versailles.fr.</i> |

II. TEMPS PARTIEL SUR AUTORISATION, SOUS RESERVE DES NECESSITES DE SERVICE

| MOTIF | DUREE | PIECES JUSTIFICATIVES à scanner et transmettre via COLIBRIS |
|--|---|--|
| Convenances personnelles | Renouvelable. | <p>Courrier indiquant explicitement les raisons de la demande</p> <p><i>NB : Les demandes pourront être complétées par :</i></p> <p>- <i>l'avis du médecin des personnels</i> en cas de raisons médicales : l'enseignant justifie cette demande en remplissant l'annexe avis médical (téléchargeable lors de la demande de temps partiel sur COLIBRIS). Ce document est à adresser par courriel, avec en objet « pli confidentiel demande de temps partiel » à : medecintempspartiels95@ac-versailles.fr.</p> <p>- <i>l'avis de l'assistante sociale</i> en cas de difficultés sociales majeures (<u>hors problème d'organisation familiale</u>) : l'enseignant justifie cette demande en remplissant l'annexe avis social (téléchargeable lors de la demande de temps partiel sur COLIBRIS). Ce document est à adresser par courriel, avec en objet « pli confidentiel demande de temps partiel » à : ce.ia95.asp@ac-versailles.fr</p> |
| Temps partiel pour créer ou reprendre une entreprise | <p>4 ans maximum pour une même entreprise (3 ans + 1 an de renouvellement).</p> <p>En cas de création ou de reprise d'une nouvelle entreprise, le bénéfice d'un nouveau temps partiel pour ce motif ne sera possible qu'au terme d'un délai de 3 ans après le précédent temps partiel accordé pour le même motif.</p> | <p>1. Justificatif pour l'entreprise (annexe 3)</p> <p>2. Document indiquant les statuts ou projets de statuts de l'entreprise que l'agent souhaite créer ou reprendre ou l'extrait du registre du commerce et des sociétés (extraits K ou K bis) ou la copie des statuts de l'entreprise que l'agent souhaite rejoindre</p> |

ATTESTATION MEDICALE

Objet : *attestation médicale en vue de l'obtention d'un temps partiel :*

- *pour donner des soins à un proche atteint d'un handicap*
- *pour donner des soins à un proche à la suite d'un accident ou d'une maladie grave*

Partie à compléter par l'agent

M/Mme :

Date de naissance :

Corps :

Nom et prénom du proche aidé :

Lien avec le proche aidé : ☐ conjoint ou partenaire lié par un PACS
☐ enfant à charge de moins de 20 ans
☐ ascendant direct

Date :

Signature de l'agent :

Partie à compléter par le professionnel de santé

Je soussigné Docteur.....

Certifie que l'état de santé de M/Mme.....

Nécessite la présence de M/Mme pour lui donner des soins.

Durée demandée : ☐ 6 mois ☐ 1 an

Fait à le

Signature + cachet du professionnel de santé :

Justificatif *de création ou de reprise d'une entreprise*

En remplissant ce formulaire, merci de bien vouloir expliciter au moins une fois les sigles que vous employez.

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse personnelle :

.....

.....

Téléphone personnel :

Vous créez ou reprenez une entreprise ou une activité privée

1. Informations sur la structure

Nom (ou raison sociale) :

.....

Adresse :

.....

.....

Secteur ou branche professionnelle de la structure :

.....

Forme sociale de l'entreprise ou de l'activité : (exemple : auto-entreprise, SARL, SAS, activité libérale, VDI (vendeur à domicile indépendant), entreprise individuelle, association, etc.)

.....

.....

2. Quelle sera votre fonction ou votre activité (description détaillée) ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. À quelle date est-il prévu que vous commenciez à exercer cette activité ?/...../ 20.....

Déclaration sur l'honneur :

NB : cette déclaration signifie que vous n'avez pas pour mission, en tant qu'agent public, de surveiller ou d'administrer l'entreprise que vous créez ou que vous reprenez (par exemple, vous n'exercez aucun contrôle fiscal sur cette entreprise, vous ne lui délivrez pas d'agrément ou de subvention...).

Je soussigné(e) (nom-prénom)

déclare sur l'honneur ne pas être chargé, dans le cadre de mon emploi public, de la surveillance ou de l'administration de cette entreprise, au sens de l'article L. 432-12 du code pénal.

Fait à, le

Signature