



TRAVAIL A TEMPS PARTIEL ANNEE SCOLAIRE 2019 2020

*Ce questionnaire a pour but d'essayer, dans la limite des possibilités du service, d'adapter le mode de fonctionnement à vos souhaits.
L'administration se réserve le droit d'imposer un mode de fonctionnement différent de celui que vous proposez si l'organisation du service le nécessite.*

NOM - PRENOM :

AFFECTATION 2018-2019 :

ORGANISATION DU SERVICE POUR L'ANNEE SCOLAIRE 2019-2020

■ **Vos souhaits de fonctionnement (non garantis):**

A- Mode de fonctionnement pour le temps partiel (indiquer vos préférences)

- | | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lundi | <input type="checkbox"/> Mardi | <input type="checkbox"/> Mercredi |
| <input type="checkbox"/> Jeudi | <input type="checkbox"/> Vendredi | <input type="checkbox"/> Indifférent |

B- Mode de fonctionnement pour un temps partiel annualisé – période travaillée à temps complet (Hiérarchiser les vœux de 1 à 3)

- _ Septembre à fin janvier
- _ Février à fin d'année scolaire
- _ Indifférent

C- Poste d'exercice :

- si vous devez compléter le service d'un autre professeur, indiquez vos préférences :

- | | | |
|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> en élémentaire | <input type="checkbox"/> en maternelle | <input type="checkbox"/> indifférent |
| <input type="checkbox"/> à moins de 10 km | <input type="checkbox"/> de 10 à 20 km | <input type="checkbox"/> indifférent |

D- Classez dans l'ordre de priorité les critères suivants :

- _ Mode de fonctionnement
- _ Distance
- _ Nature de la classe

- **Autres informations** que vous souhaitez apporter et qui peuvent aider dans l'organisation de votre service :

Rappel : Ces souhaits seront respectés dans la mesure du possible sans aucune garantie

Date

Signature