

DEMANDE D'AUTORISATION

D'EXERCER LES FONCTIONS A TEMPS PARTIEL SUR AUTORISATION

Nom :	Prénom :
Affectation actuelle : <input type="checkbox"/> à titre définitif <input type="checkbox"/> à titre provisoire	
Fonction : Circonscription :	

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de :

EXERCER MES FONCTIONS A TEMPS PARTIEL POUR L'ANNEE SCOLAIRE 2023-2024

1^{re} demande renouvellement

TEMPS PARTIEL SUR AUTORISATION

- Pour convenances personnelles
- Pour créer ou reprendre une entreprise
- Pour raison médicale

L'avis du médecin de prévention est obligatoire et doit être sollicité par courrier accompagné des justificatifs médicaux récents et détaillés, sous pli confidentiel.

La demande sera transmise, par les services de la DRH pour avis, au médecin de prévention qui convoquera l'intéressé(e) s'il y a lieu.

MODALITE DE SERVICE SOUHAITEE :

➤ **Répartition hebdomadaire:** indiquez le nombre de demi-journées libérées 2 (75%) 4 (50%)

➤ **Temps partiel annualisé :** 50%

Période travaillée à temps complet : septembre/ janvier février/ juin indifférent

Je demande à sur-cotiser (Cf. circulaire) : OUI NON

L'intéressé(e)	Temps partiel sur autorisation
	Avis de l'Inspecteur de l'éducation nationale
	<input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable
Fait à	Fait à
Le	Le
Signature	Signature