



ACADÉMIE DE MAYOTTE

Liberté
Égalité
Fraternité

DEMANDE D'AUTORISATION DE CUMUL D'ACTIVITES

Décret n° 2017-105 du 27 janvier 2017

Remarque : à adresser à l'autorité préalablement à l'exercice de toute activité accessoire

A - DEMANDE A REMPLIR PAR L'INTÉRESSÉ(E)

Nom : **Prénom :**

1 – Renseignements concernant la fonction principale

Affectation principale (nom complet, adresse) :

En cas d'affectation sur plusieurs établissements, les indiquer :

Corps : **Grade :**

Nature des fonctions exercées (pour un enseignant, préciser la discipline) :

Horaire hebdomadaire de service :

Quotité et modalité de service (cocher la case correspondante et détailler si besoin) :

☐ temps complet

avec HSA : ☐ oui (combien) : ☐ non

☐ temps partiel (préciser la quotité de service) :

☐ sous service :

2 – Renseignements concernant la fonction secondaire

À REMPLIR OBLIGATOIREMENT

Entreprise, administration, établissement (nom complet, adresse, téléphone et nom du responsable) :

Cumul d'activité à titre accessoire

Nature de l'activité

Date d'effet du cumul demandé :

Date de fin du cumul demandé :

Nombre total d'heures prévues :

Périodicité :

A quel moment se déroule l'activité (soir, week-end, congé...)

Conditions de rémunération

Montant brut ou total de la rémunération prévue :

Montant horaire brut de la rémunération prévue :

Remarque :

L'activité accessoire ne peut être exercée qu'en dehors des heures de service de l'intéressé(e).

Cumul d'activité au titre de la création, de la reprise et de la poursuite d'activités au sein d'une entreprise

Remarque :

L'agent qui se propose de créer ou de reprendre une entreprise ou une activité libérale adresse à l'autorité hiérarchique dont il relève **une demande écrite d'autorisation à accomplir un service à temps partiel, trois mois au moins avant la date de création ou de reprise de cette entreprise ou de cette activité.**

3- Renseignements complémentaires

Depuis le début de l'année civile en cours, avez-vous exercé ou exercez-vous toujours des activités autres que votre activité principale ?

☐ OUI (remplir ci-dessous) ☐ NON

Nature de ces activités :

Employeur

Temps de travail hebdo consacré à ces activités

Période de référence de ces activités

Rémunération brute perçue ou à percevoir

Avez-vous été autorisé(e) à cumuler ces activités ?

LE DEMANDEUR CERTIFIE LA COMPATIBILITE DU SERVICE DE L'ACTIVITE SECONDAIRE AVEC CELUI DE L'ACTIVITE PRINCIPALE

Fait à Le

Signature du demandeur

AVIS ET CACHET DU SUPERIEUR HIERARCHIQUE DE L'EMPLOI PRINCIPAL

Avis sur la demande d'autorisation de cumul

☐ FAVORABLE

☐ DEFAVORABLE

Le signataire de la présente, ayant pris connaissance des renseignements fournis par l'intéressé(e), en atteste l'exactitude et certifie que l'agent accomplit les obligations statutaires afférentes à sa fonction et à son garde.

Fait à

Le

Signature et cachet du chef d'établissement ou du supérieur hiérarchique

DECISION RECTEUR / RECTRICE

☐ CUMUL AUTORISE

☐ CUMUL NON AUTORISE

Motif(s) du rejet :

Fait à

Le

Signature et cachet recteur / rectrice ou son représentant ayant reçu délégation