

FORMULAIRE DE DEMANDE DE TEMPS PARTIEL pour l'année scolaire

A RETOURNER POUR le 16 mars de l'année en cours

DPE1D/DPE2D/DPC/DPAE

DEMANDE D'EXERCICE A TEMPS PARTIEL ☐ (1)

DEMANDE D'EXERCICE A TEMPS COMPLET ☐ (1)

DEMANDE DE RENOUVELLEMENT ☐ (1)

<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme NOM – Prénom		Grade :	
NOM de jeune fille		Date de naissance :	Discipline/Fonction
Etablissement d'exercice au cours de la présente année scolaire :			
Attention : RUBRIQUES A RENSEIGNER OBLIGATOIREMENT			
VŒUX pour la prochaine rentrée scolaire			
I - <input type="checkbox"/> SOUHAITE reprendre l'exercice de ses fonctions à TEMPS COMPLET			
II - <input type="checkbox"/> SOUHAITE exercer à TEMPS PARTIEL SUR AUTORISATION <input type="checkbox"/> souhaite surcotiser <input type="checkbox"/> ne souhaite pas surcotiser			
III - <input type="checkbox"/> SOUHAITE exercer à TEMPS PARTIEL DE DROIT POUR RAISONS FAMILIALES (loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 – article 37 bis)			
1) <input type="checkbox"/> POUR ELEVER UN ENFANT DE MOINS DE TROIS ANS NB : si cet enfant atteint l'âge de 3 ans au cours de la prochaine année scolaire – date de naissance à préciser :			
<input type="checkbox"/> demande à reprendre son activité à temps plein <input type="checkbox"/> demande à demeurer à temps partiel sur autorisation.			
Dans ce cas : <input type="checkbox"/> souhaite surcotiser pour cette période de temps partiel sur autorisation <input type="checkbox"/> ne souhaite pas surcotiser pour cette période de temps partiel sur autorisation			
2) <input type="checkbox"/> AUTRES MOTIFS DE TEMPS PARTIEL DE DROIT			
<input type="checkbox"/> souhaite surcotiser <input type="checkbox"/> ne souhaite pas surcotiser			
IV - <input type="checkbox"/> SOUHAITE exercer à TEMPS PARTIEL DE DROIT pour un autre motif à la rentrée scolaire prochaine POUR UN PERSONNEL EN SITUATION DE HANDICAP			
<input type="checkbox"/> souhaite surcotiser (pour surcotiser à taux réduit, joindre la copie de la carte d'invalidité) <input type="checkbox"/> ne souhaite pas surcotiser			

V - PERIODE DE TRAVAIL CHOISIE SI TEMPS PARTIEL ANNUALISE

☐ 1^{ère} période :

☐ 2^{ème} période :

MUTATION

(1) SOLLICITE une mutation pour la prochaine année scolaire :

☐ OUI

☐ NON

NOMBRE D'HEURES SOLLICITEES

* Pour les enseignants, précisez-le sous forme de fraction de l'ORS (ex : 12/18 pour un professeur certifié) :/.....

* Pour les CPE et PSYEN, formulez votre demande en % de l'ORS ☐ 50% ☐ 60% ☐ 70% ☐ 80% ☐ 90%

- Pour un temps partiel sur autorisation, la quotité demandée doit être exprimée en un nombre d'heures entier, compris entre 50% et 90% du service hebdomadaire exigible, **sauf pour les CPE et les PSYEN qui doivent exprimer leur demande en pourcentage de l'ORS**. Cette quotité peut être modifiée de plus ou moins deux heures par le chef d'établissement selon les nécessités de service pour les enseignants.
- Pour un temps partiel de droit, la quotité demandée doit être exprimée en un nombre d'heures entier, compris entre 50% et 80% du service hebdomadaire exigible, **sauf pour les CPE et les PSYEN qui doivent exprimer leur demande en pourcentage de l'ORS**.

Cette quotité peut être modifiée de plus ou moins deux heures selon les nécessités de service pour les enseignants.

NB : Par exception à cette règle, la demande de temps partiel de droit formulée à 80% (soit une *quotité non entière* de 14h40 pour les professeurs certifiés et les PLP) peut être acceptée **uniquement dans le cadre d'un temps partiel de droit à l'occasion de chaque naissance jusqu'au troisième anniversaire de l'enfant ou chaque adoption**.

Au cas où les nécessités de service se révéleraient être incompatibles avec la quotité horaire demandée, à PLUS ou MOINS DEUX HEURES près,

JE CHOISIS d'exercer dans ce cas :

☐ A MI-TEMPS (1)

☐ A TEMPS COMPLET (1)

A, le

Signature

AVIS ET PROPOSITIONS DU SUPERIEUR HIERARCHIQUE RELATIFS A LA DEMANDE DU TEMPS PARTIEL

☐ Favorable

☐ Défavorable

- Quotité qui peut être accordée à l'intéressé (e) (y compris, heures de décharge de service éventuelles ou modifications de + ou - 2 heures) :
- Nombres d'heures libérées (l'intéressé (e) ne pourra pas percevoir d'HSA) :
- Ces heures doivent-elles être pourvues ? ☐ OUI ☐ NON
- Si OUI dans quelle discipline ?

A, le

Signature du chef d'établissement,

Signature de l'intéressé (e)

Précédée de la mention « VU ET PRIS CONNAISSANCE »

(1) Cocher la case correspondante