

ANNEXE 1**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

(I) SOLICITE une mutation pour la prochaine année scolaire : OUI NON

NOMBRE D'HEURES SOLICITEES

* 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