



RÉGION ACADÉMIQUE
NOUVELLE-AQUITAINE

MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE
ET DE LA JEUNESSE

MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,
DE LA RECHERCHE
ET DE L'INNOVATION



DOS 1

DEMANDE DE REPRISE A TEMPS COMPLET

Je soussigné (e),

Prénom NOM

Grade

Discipline

Etablissement d'affectation définitive :

.....

Etablissement d'enseignement :

.....

demande à reprendre mon service à temps complet à compter de la rentrée 20

A, le

Signature,

Vu et transmis,

Le Chef d'établissement d'affectation définitive,

établissement :

DEMANDE DE TRAVAIL A TEMPS PARTIEL

- nouvelle demande
ou
 modification de quotité

- sur autorisation
OU de droit Motif : élever un enfant de moins de 3 ans
 soins au conjoint, à un enfant ou un ascendant
 situation de handicap
 création d'entreprise

DOS 1

Je soussigné(e).....
Grade Discipline
- affecté(e) à titre définitif à
- affecté(e) à titre provisoire à

- souhaite exercer à temps partiel durant l'année scolaire 2019-2020 à raison deheures hebdomadaires, soit.....% (quotité comprise entre 50 % et 80 % du service complet pour un temps partiel de droit et entre 50 % et 90 % pour un temps partiel sur autorisation. Cette quotité peut être modifiée de + ou de - 2 heures en fonction des nécessités du service.

* Compte tenu des dispositifs de pondération des heures d'enseignement assurées dans le cycle terminal de la voie générale et technologique, en STS et dans les établissements REP+, la quotité de temps partiel des enseignants bénéficiant de ces dispositifs peut être supérieure à la quotité correspondant au nombre d'heures demandé.

- **demande de temps partiel annualisé** oui non

Préciser la période d'activité souhaitée : Du..... Au.....

Au cas où les nécessités du service se révéleraient incompatibles avec la quotité demandée.

je choisis : d'exercer à mi-temps OU d'exercer à temps plein

- **demande de sur cotisation** (sauf tps partiel pour élever un enfant de moins de 3 ans) : oui non

IMPORTANT : avez-vous déposé ou avez-vous l'intention de déposer :

- une demande de mutation au mouvement inter académique :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- une demande de mutation au mouvement intra académique :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- une demande de congé formation :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Date :
Signature,

AVIS DU CHEF D'ETABLISSEMENT (uniquement pour temps partiel sur autorisation), après prise en compte de l'impact du temps partiel sur l'organisation de l'enseignement disciplinaire :

FAVORABLE :
 DEFAVORABLE (à motiver):

Service hebdomadaire prévu pour l'intéressé(e) deheures devant élèves, à compter de la rentrée scolaire 2019

A , le
Le Chef d'établissement