



direction des services
départementaux
de l'éducation nationale
Rhône

**IMPRIMÉ DE DEMANDE DE TRAVAIL
A TEMPS PARTIEL
ANNÉE SCOLAIRE 2020-2021**

NOM D'USAGE **PRENOM**.....

NOM DE FAMILLE **date de naissance**.....

AFFECTATION ACTUELLE Titre définitif Titre provisoire
Ecole Commune Circonscription

FONCTIONS EXERCÉES adjoint directeur titulaire remplaçant Autre.....
sollicite l'autorisation d'exercer à temps partiel à compter du 1^{er} septembre 2020 pour la durée de l'année scolaire :

	de droit	sur autorisation	
Pour le motif suivant :	<input type="checkbox"/> Naissance-adoption enfant(s) de moins de 3 ans [copie livret de famille ou déclaration de grossesse (fournir l'acte de naissance quand l'enfant est né)] (surcotisation gratuite) - <input type="checkbox"/> Handicap (joindre justificatif) Avec une surcotisation OUI <input type="checkbox"/> (1) NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Donner des soins au conjoint, enfant, ascendant (certificat médical émanant d'un centre hospitalier, copie livret de famille) Avec une surcotisation OUI <input type="checkbox"/> (1) NON <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pour élever un enfant atteint d'une infirmité et nécessitant des soins continus (copie livret de famille, justificatif) <input type="checkbox"/> Pour élever un enfant de plus de trois ans et de moins de 16 ans (copie livret de famille) date d'observation au 01/09/2020 <input type="checkbox"/> Pour raisons avérées de santé (certificat médical sous pli confidentiel du médecin traitant à adresser au médecin de prévention de l'académie) <input type="checkbox"/> Pour convenances personnelles (lettre motivée) <input type="checkbox"/> Création ou reprise d'entreprise (joindre justificatif) Avec une surcotisation OUI <input type="checkbox"/> (1) NON <input type="checkbox"/>	
	2 jours travaillés + 1 mercredi sur 2 travaillé (50%)	Choix* n°:	Choix* n°:
3 jours travaillés + 3 mercredis sur 4 travaillés (75%)	Choix* n°:	Choix* n°:	
3 jours travaillés + 3 mercredis sur 4 travaillés + 7 semaines consécutives à temps plein (80%)	Choix* n°:	Choix* n°:	
1 période de 6 mois à temps plein (50% annualisé)	Choix* n°:	Période 1 travaillée 01/09/2020 au 31/01/2021	Choix* n°:.....
	Choix* n°:	Période 2 travaillée 01/02/2021 au 31/08/2021	Choix* n°:.....
		Avis de l'inspecteur (trice) de l'éducation nationale	
		Fait à Le.....	
		Signature	

**(1)En cas de surcotisation, Je reconnais avoir pris connaissance de la somme qui me sera prélevée mensuellement et je m'engage à sur cotiser pour la totalité de l'année scolaire 2020-2021. (pour rappel téléphone DPE1 04.72.80.67.57)
Je prends acte que le temps partiel est accordé pour l'année scolaire 2020-2021
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations portées ci-dessus.**

A, le.....

Signature

*Pour le 80 % et 50 % annualisé numéroté le choix de votre position de repli si celui-ci ne peut être organisé