

**DEMANDE DE RÉINTÉGRATION À TEMPS COMPLET SUITE À TEMPS PARTIEL  
PERSONNELS ENSEIGNANTS DU 2<sup>nd</sup> DEGRÉ DES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS SOUS CONTRAT**

NOM D'USAGE : ..... PRÉNOM : .....

NOM DE FAMILLE : .....

GRADE ..... DISCIPLINE .....

ÉTABLISSEMENT D'AFFECTATION ACTUEL : .....

**Sollicite une reprise à temps complet à compter du ...../...../..... .**

J'ai bien pris connaissance des éléments suivants :

- **Ce formulaire ne concerne uniquement les maîtres qui bénéficient d'un temps partiel de droit.**
- **Les maîtres contractuels bénéficiant d'un temps partiel sur autorisation doivent candidater au mouvement de l'emploi au titre de l'année scolaire 2025/2026, pour retrouver les heures auxquelles ils ont renoncé.**

**AVIS DU CHEF D'ÉTABLISSEMENT :**

(tout avis défavorable sera motivé)

**AVIS FAVORABLE**

**AVIS DÉFAVORABLE**

Fait à ..... le .....

Signature de l'intéressé(e)

Signature et cachet du chef d'établissement

Signature de l'autorité académique