

**DEMANDE DE TEMPS PARTIEL
MAÎTRES DU 1^{er} DEGRÉ DES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS SOUS CONTRAT**

NOM D'USAGE : PRÉNOM :

NOM DE FAMILLE :

ÉTABLISSEMENT D'AFFECTATION ACTUEL :

COMMUNE D'AFFECTATION :

☐ **TEMPS PARTIEL DE DROIT**

☐ **1^{ère} demande**

☐ **Renouvellement**

Préciser le motif :

☐ **Naissance ou adoption d'un enfant de moins de 3 ans**

Date de naissance ou d'arrivée au foyer de l'enfant :
(produire la copie du livret de famille)

☐ **Soins au conjoint, enfant à charge, ou ascendant atteint d'un handicap ou victime d'un accident ou d'une maladie grave**

(produire un certificat médical d'un praticien hospitalier tous les 6 mois et un document attestant du lien de parenté – copie du livret de famille, acte de pacs, certificat de concubinage)

☐ **Personnel handicapé**

(produire la copie de la carte d'invalidité)

Ma demande porte sur une quotité de service de :

☐ **50%** ☐ **62,50%** (uniquement pour les classes fonctionnant sur 8 demi-journées) ☐ **75%**

☐ **TEMPS PARTIEL SUR AUTORISATION**

☐ **1^{ère} demande**

☐ **Renouvellement**

☐ **Retraite progressive**

Ma demande porte sur une quotité de service de :

☐ **50%** ☐ **62,50%** (uniquement pour les classes fonctionnant sur 8 demi-journées) ☐ **75%**

Avis du chef d'établissement :

☐ Favorable

☐ Défavorable (à motiver)

QUOTITE DE TRAVAIL ANNUALISÉE (le cas échéant)

PÉRIODE TRAVAILLÉE	NOMBRE DE SEMAINES	NOMBRES D'HEURES 1 ^{er} DEGRÉ HEBDOMADAIRES
Du..... au.....		
Du..... au.....		
TOTAL	36	

Congés scolaires (à préciser uniquement si différents du calendrier officiel) :

Du.....au.....

Du.....au.....

Du.....au.....

Du.....au.....

Je m'engage à n'exercer aucune autre activité rémunérée pendant toute la période d'exercice à temps partiel annualisé.

Fait à le

Signature de l'intéressé(e)

Signature et cachet du chef d'établissement

Signature de l'autorité académique