

## Annexe 1 – Formulaire de demande de temps partiel

Année scolaire 2024/2025

**Direction des Relations et des Ressources Humaines**  
Direction des personnels enseignants

**DEMANDE D'EXERCICE A TEMPS PARTIEL**

**DEMANDE D'EXERCICE A TEMPS PARTIEL (retraite progressive)**

**DEMANDE DE REPRISE A TEMPS COMPLET**

NOM - Prénom .....	Grade : .....
--------------------	---------------

NOM de jeune fille .....	Date de naissance : .....	Discipline : .....
--------------------------	---------------------------	--------------------

Etablissement d'exercice au cours de la présente année scolaire :  
.....  
.....

**Attention : RUBRIQUES A RENSEIGNER OBLIGATOIREMENT**

### VOEUX

**I -  SOUHAITE reprendre l'exercice de ses fonctions à TEMPS COMPLET à la rentrée 2024**

**II -  SOUHAITE exercer à TEMPS PARTIEL SUR AUTORISATION durant l'année scolaire 2024-2025**

1)  POUR CREER OU REPRENDRE UNE ENTREPRISE (joindre le KBis)

souhaite surcotiser

ne souhaite pas surcotiser

2)  POUR CONVENANCES PERSONNELLES

souhaite surcotiser

ne souhaite pas surcotiser

**III -  SOUHAITE exercer à TEMPS PARTIEL DE DROIT à la rentrée 2024**

3)  POUR ELEVER UN ENFANT DE MOINS DE TROIS ANS (surcotisation de droit et gratuite)

N.B : si cet enfant atteint l'âge de 3 ans au cours de l'année 2024-2025 – date à préciser : .....

demande à reprendre son activité à temps plein

demande à demeurer à temps partiel sur autorisation pour le reste de l'année scolaire 2024-2025.

Dans le seul cas d'une poursuite à temps partiel sur autorisation :

souhaite surcotiser pour cette période de temps partiel sur autorisation (surcotisation à taux plein)

ne souhaite pas sur cotiser pour cette période de temps partiel sur autorisation

4)  POUR DONNER DES SOINS A UN ENFANT, UN CONJOINT OU UN ASCENDANT (joindre un certificat émanant d'un médecin, accompagné selon le cas de la copie de l'allocation d'éducation spéciale, de la carte d'invalidité, de l'allocation adulte handicapé, de l'indemnité compensatrice tierce personne)

souhaite surcotiser

ne souhaite pas surcotiser

5)  POUR UN PERSONNEL EN SITUATION DE HANDICAP (sous réserve de fournir le justificatif correspondant)

surcotisation taux de pension civile réduit (copie de la carte d'invalidité précisant le taux d'invalidité)

souhaite surcotiser taux normal (invalidité inférieure à 80%)

ne souhaite pas surcotiser

### MUTATION

(1) SOLLICITE une mutation pour la prochaine année scolaire :

OUI

NON

Si vous obtenez votre mutation, une demande de renouvellement de temps partiel devra être formulée auprès de votre nouveau chef d'établissement et retournée aux services de la DOS et de la DPE à la date précisée sur la circulaire académique mouvement intra 2024.

**NOMBRE D'HEURES SOLLICITEES**

Précisez le nombre d'heures demandées sous forme de fraction (ex : 12/18 pour un professeur certifié) :

Pour les PsyEN et les CPE uniquement, indiquez la quotité choisie en pourcentage :

**TEMPS PARTIEL DEMANDE DANS LE CADRE D'UNE DEMANDE DE COMPLEMENT DE LIBRE CHOIX D'ACTIVITE : souhaite exercer un service correspondant à une quotité :**

- Strictement égale à 50%  Strictement égal à 80%
- Comprise entre 50% et 80%

**MODALITES DE REALISATION DU TEMPS PARTIEL**

- Temps partiel hebdomadaire  
 Temps partiel annualisé (joindre impérativement un courrier)  
 Temps partiel dans le cadre d'une retraite progressive

Pour les temps partiels sur autorisation exclusivement, 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

**PROPOSITIONS DU CHEF D'ETABLISSEMENT RELATIVES A LA DEMANDE DE TEMPS PARTIEL**

Avis préparatoire du chef d'établissement (uniquement pour les temps sur autorisation pour lesquels la décision définitive n'interviendra qu'au mois de juin 2024)

- Favorable  
 Défavorable (les refus opposés à une demande de temps partiel doivent être précédés d'un entretien et motivés) : motif du refus :

.....  
.....

- Quotité qui peut être accordée à l'intéressé (e) (y compris, heures de décharge de service éventuelles ou modifications de + ou - 2 heures pour les temps partiels sur autorisation)

A ....., le .....

Signature du Chef d'établissement,

Signature de l'intéressé (e)  
Précédée de la mention « VU ET PRIS CONNAISSANCE »