

**ANNEXE 2**

Nom d'usage \_\_\_\_\_

Nom patronymique \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

Ecole 2020-2021 \_\_\_\_\_

Circonscription \_\_\_\_\_

Poste 2020-2021 \_\_\_\_\_

TITRE DEFINITIF

TITRE PROVISoire

**Exercice à temps partiel durant l'année 2020-2021 :**  OUI **quotité** \_\_\_\_%  NON

**Participation au mouvement départemental des enseignants du 1<sup>er</sup> degré en 2021 :**  OUI  NON

**Sollicite l'autorisation d'exercer mes fonctions à temps partiel hebdomadaire de droit pour l'année scolaire 2021-2022  
dans les conditions d'exercice suivantes :**

ECOLE A 4 JOURS

ECOLE A 4,5 jours

ECOLE de BREST

- 80% surentretien avec l'IEN
- 75% 1 jour libéré par semaine
- 50% 2 jours libérés par semaine

- 80% sur entretien avec l'IEN
- ≈ 77% 1 jour long libéré par semaine
- ≈ 65% 1 jour long + mercredi libérés par semaine
- ≈ 55% 2 jours (1 long + 1 court) libérés par semaine
- 50% 2 jours (1 long + 1 court) + 1 mercredi / 2 libérés par semaine

- 80% sur entretien avec l'IEN
- ≈ 78% 1 jour libéré par semaine
- ≈ 65% 1 jour + mercredi libérés par semaine
- ≈ 57% 2 jours libérés par semaine
- 50% 2 jours + mercredi libérés par semaine

**Motifs de la demande**

1.  Suite à une naissance ou une adoption **Date de naissance ou d'arrivée au foyer de l'enfant** \_\_\_\_\_

**Suite à une naissance ou une adoption, si le troisième anniversaire intervient en cours d'année, je souhaite pour la fin de l'année :**  
 Réintégrer à temps complet à la date anniversaire  Exercer à temps partiel sur autorisation à la même quotité de service

2.  Aux fonctionnaires handicapés relevant des catégories visées aux 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup>, 4<sup>o</sup>, 9<sup>o</sup>, 10<sup>o</sup> et 11<sup>o</sup> de l'article L. 5212-13 du code du travail, après avis du médecin de prévention. Fournir justificatifs

3.  Pour donner des soins à son conjoint, à un enfant à charge ou à un ascendant atteint d'un handicap nécessitant la présence d'une tierce personne, ou victime d'un accident ou d'une maladie grave. Fournir justificatifs

**Si ma demande ne peut être satisfaite sur la base de l'organisation sollicitée ci-dessus, je souhaite une deuxième option selon le choix ci-dessous. En l'absence de demande de deuxième option ou en cas de refus, l'exercice se fera à temps complet :**

ECOLE A 4 JOURS

ECOLE A 4,5 jours

ECOLE de BREST

- 75% 1 jour libéré par semaine
- 50% 2 jours libérés par semaine
- Exercer à temps complet

- ≈ 77% 1 jour long libéré par semaine
- ≈ 65% 1 jour long + mercredi libérés par semaine
- ≈ 55% 2 jours (1 long + 1 court) libérés par semaine
- 50% 2 jours (1 long + 1 court) + 1 mercredi / 2 libérés par semaine
- Exercer à temps complet

- ≈ 78% 1 jour libéré par semaine
- ≈ 65% 1 jour + mercredi libérés par semaine
- ≈ 57% 2 jours libérés par semaine
- 50% 2 jours + mercredi libérés par semaine
- Exercer à temps complet

Ayant sollicité un temps partiel, je demande à surcotiser (voir point VI de la note d'information départementale)

A \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_ signature du demandeur

**Engagement à remplir par le Directeur d'école qui sollicite l'autorisation d'exercer à temps partiel :**

Je m'engage à assumer l'intégralité des charges liées aux fonctions de directeur qui incluent, notamment, la présidence du conseil d'école et du conseil des maîtres de l'école. J'ai pris connaissance des éléments relatifs à la rémunération (point III alinéa 2 de la note de service départementale relative au temps partiel du 13 janvier 2021)

À \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ Signature du demandeur :

Avis de l'IEN :