



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE



RÉGION ACADÉMIQUE
HAUTS-DE-FRANCE

MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE

Rectorat

DPAE

20, boulevard
d'Alsace-Lorraine
80063 Amiens
cedex 9



**DEMANDE DE REPRISE à temps
plein après travail à temps partiel**



**DEMANDE d'autorisation de
travail à TEMPS PARTIEL**

Je soussigné(e)

NOM, Prénom.....

Né(e) le.....

Corps/grade.....

Établissement/Service d'affectation (adresse précise).....

.....

Avez-vous fait une demande de mutation pour la rentrée scolaire 2017 OUI NON

sollicite l'autorisation d'exercer mes fonctions à.....% du service à temps complet, pour une période de 12 mois à compter du 1^{er} septembre 2017, renouvelable tacitement dans la limite de 3 ans.

MOTIF :

- Élever un enfant de moins de 3 ans
- Élever un enfant adopté, pendant 3 ans à compter de son arrivée au foyer
- Donner des soins au conjoint, à un enfant à charge ou à un ascendant
- Au titre d'un handicap relevant de l'obligation d'emploi
- Pour créer ou reprendre une entreprise
- Convenances personnelles sur autorisation (A préciser obligatoirement).....

Joindre toutes pièces justificatives (photocopie du livret de famille, certificats médicaux...)

SURCOTISATION : OUI
 NON

CADRE D'ORGANISATION DU TRAVAIL : Quotidien
 Hebdomadaire
 Annuel

Fait à _____, le _____
Signature de l'intéressé(e)

**AVIS ET SIGNATURE DU CHEF D'ETABLISSEMENT
OU DE SERVICE/ DIRECTEUR DE CIO**

AVIS DU RECTEUR

IL EST IMPÉRATIF DE RENSEIGNER TOUTES LES RUBRIQUES