

**DEMANDE D'AUTORISATION DE CUMUL D'ACTIVITES A TITRE ACCESSOIRE**  
**AGENTS A TEMPS COMPLET OU A TEMPS PARTIEL**  
~ Décret n° 2017-105 du 27 janvier 2017

**Année scolaire 2021 – 2022 -**

NOM-PRENOM : .....  
ECOLE DE RATTACHEMENT : .....

CIRCONSCRIPTION : .....

ADRESSE PERSONNELLE.....  
TELEPHONE : .....ADRESSE ELECTRONIQUE :.....

Fonctions exercées : .....  
Exercez-vous ces fonctions :  A temps plein  A temps partiel (indiquer la quotité : .....)

**PROJET DE CUMUL AVEC UNE ACTIVITE ACCESSOIRE**  
**A – Description de l'activité envisagée**

Identité, nature et secteur d'activité de l'organisme pour le compte duquel s'exercera l'activité accessoire :  
.....

Nature détaillée de l'activité accessoire' :  
.....

Durée, périodicité et horaires approximatifs de l'activité – Date prévue du début de l'activité :  
.....

Conditions de rémunération de l'activité :  
.....  
Conditions particulières de réalisation de l'activité (déplacements, variation saisonnière de l'activité...):  
.....

Exercez-vous déjà une ou plusieurs activité(s) accessoires (s) ?  Oui  Non

En cas de réponse positive, veuillez décrire précisément ces activités (caractère public ou privé, durée, périodicité et horaires approximatifs, etc.)  
.....

Informations complémentaires que vous souhaitez porter à la connaissance de l'administration :  
.....

**DECLARATION SUR L'HONNEUR**

Je soussigné (NOM PRENOM) .....  
déclare sur l'honneur ne pas être chargé, dans le cadre de mon activité principale, de la surveillance ou de l'administration de cette entreprise ou de cet organisme, au sens de l'article L. 432-12 du code pénal.

Fait à ..... Signature :

Le

(Veuillez joindre obligatoirement une enveloppe timbrée, à vos nom et adresse pour le retour du document)

**B) Visa du supérieur hiérarchique direct (IEN)**

**Décision du directeur académique des services de l'éducation nationale sur la demande de cumul**

Date