

NOM : ..... PRÉNOM : .....  
ADRESSE PERSONNELLE : .....  
AFFECTATION 2017-2018 : .....  DIR  C.MAT  C.ELEM  Autres (ex : TRS)  
CODE ÉCOLE : 035.....

**SOLLICITE ① :**

TEMPS PARTIEL DE DROIT POUR ENFANT DE MOINS DE TROIS ANS	
⇒ Il s'agit : <input type="checkbox"/> d'une première demande <input type="checkbox"/> d'un renouvellement	
<input type="checkbox"/> À la suite de la naissance ou de l'adoption d'un enfant Préciser <b>obligatoirement</b> sa date de naissance : .....	
Si votre enfant atteint son troisième anniversaire en cours d'année scolaire, sollicitez-vous un temps partiel sur autorisation pour terminer l'année scolaire 2018-2019 ? <input type="checkbox"/> OUI ② <input type="checkbox"/> NON	
<input type="checkbox"/> Si oui, je sollicite la surcotisation pour terminer de l'année scolaire 2018-2019 ③	<input type="checkbox"/> Je ne sollicite pas la surcotisation

TEMPS PARTIEL DE DROIT POUR SOINS OU HANDICAP	
⇒ Il s'agit : <input type="checkbox"/> d'une première demande <input type="checkbox"/> d'un renouvellement	
<input type="checkbox"/> Pour donner des soins à conjoint, à un enfant de moins de 20 ans et 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. <b>Fournir obligatoirement les pièces justificatives indiquées dans la circulaire</b>	
<input type="checkbox"/> Pour les fonctionnaires handicapés relevant d'une des catégories visées aux 1°, 2°, 3°, 4°, 9°, 10°, et 11° de l'article 323-3 du code du travail. <b>Fournir obligatoirement les pièces justificatives indiquées dans la circulaire</b>	
<input type="checkbox"/> Je sollicite la surcotisation pour la durée de l'année scolaire 2018-2019 ③	<input type="checkbox"/> Je ne sollicite pas la surcotisation

COCHEZ LA OU LES JOURNÉE(S) NON TRAVAILLÉE(S) SOUHAITÉE(S)					ORGANISATION DU SERVICE
LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	<input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Annualisée
<b>Attention : cela n'a rien de contractuel</b>					

<b>➤ PARTICIPATION AU MOUVEMENT INTRA DÉPARTEMENTAL 2018 :</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si oui, j'ai bien pris connaissance des incompatibilités du temps partiel avec certains postes :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>Pour les personnels participant au mouvement et ayant obtenu un poste :</b>	
Si besoin, vous serez recontacté (sur votre adresse <a href="mailto:ac-rennes.fr">ac-rennes.fr</a> ) à l'issue du mouvement pour affiner votre demande en fonction du poste obtenu.	

Cadre réservé à l'administration	Cadre destiné au PE
Quotité de service : Jour(s) TP : Date :	À : ..... Le : / / Signature :

① Cocher les cases qui correspondent à votre demande.

② Cette réponse vous dispense d'une demande de temps partiel sur autorisation.

③ Pour toutes les questions relatives à la surcotisation, veuillez prendre contact avec votre gestionnaire individuel via I-PROF