**Personnels d’enseignement DU SECOND DEGRE, DE DOCUMENTATION, D'EDUCATION ET PSYCHOLOGUES DE L’EDUCATION NATIONALE**

|  |
| --- |
| ❑ M. ❑ Mme NUMEN : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  Nom  Prénom Date de naissance |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  Grade Discipline\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Etablissement d'affectation N° établissement : |
| **REGIME DE TEMPS PARTIEL**  **(Cocher les cases utiles et compléter le cadre correspondant**)  Je sollicite le bénéfice du travail à temps partiel à compter du : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| |
| quotité souhaitée (1) |\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_| ème  Je souhaite sur-cotiser pour la retraite sur la base d'un traitement à taux plein :  ❑ OUI à compter du : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  ❑ NON  **Je note que l'option formulée vaut pour toute la période visée par l'autorisation de travail à temps partiel.**  ***Cette sur-cotisation ne peut avoir pour effet d'augmenter la durée de liquidation de plus de quatre trimestres. La durée pendant laquelle un fonctionnaire peut sur-cotiser sera donc fonction de la quotité choisie.***  ***(1) Cette quotité exprimée en heures hebdomadaires d'enseignement ou de service, doit être comprise entre 50 % et 90 % du service hebdomadaire exigible de l'agent concerné.***  **Compte tenu des dispositifs de pondération des heures d’enseignement assurées dans le cycle terminal de la voie générale et technologique, en STS et dans les établissements REP+, la quotité de temps partiel des enseignants bénéficiant de ces dispositifs peut être supérieure à la quotité correspondant au nombre d’heures demandé sans toutefois dépasser 90%.** |

|  |
| --- |
| ❑ **pour creation ou reprise d'entreprise**  quotité souhaitée (1) |\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_| ème  à compter du : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  *Joindre les pièces justificatives* |

L'autorisation d'assurer un service à temps partiel est accordée pour des périodes d'une année scolaire renouvelable par tacite reconduction dans la limite de trois années scolaires.

|  |  |
| --- | --- |
| Autres demandes, à préciser dans tous les cas (mutation INTER, INTRA, congé parental, autres…) | Réservé à l'administration  Visa DOS |
|  | Reçu DPE le : |
|  | |
| Date  Signature de l'intéressé(e) | Avis du chef d’établissement ou du supérieur hiérarchique  ❒ FAVORABLE ❒ DEFAVORABLE (2)  Date Signature |

(2) A motiver de façon claire et précise.

***Imprimé à transmettre à la DOS***

ANNEXE 2

|  |  |
| --- | --- |
| **2021-2022**  **7**  **7**  Périmètre de Rouen DOS 2/ DPE | DEMANDE DE TEMPS PARTIEL DE DROIT |

**Personnels d’enseignement DU SECOND DEGRE, DE DOCUMENTATION, D'EDUCATION ET PSYCHOLOGUES DE L’EDUCATION NATIONALE**

|  |  |
| --- | --- |
| ❑ M. ❑ Mme NUMEN : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  Nom  Prénom Date de naissance |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  Grade Discipline\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Etablissement d'affectation N° établissement : | |
| **REGIMES DE TEMPS PARTIEL**  **(Mettre une croix dans l'option choisie et compléter le cadre correspondant**)  Je sollicite le bénéfice du travail à temps partiel : | |
| ❑ **de droit à l'occasion de la naissance ou de l'adoption d'un enfant**  quotité souhaitée (1) |\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_| ème  à compter du : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  au titre de l'enfant :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Né (e) le : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  (prénom) (date de naissance ou d'adoption)  **Je note que ce temps partiel cesse le jour du 3ème anniversaire de l'enfant, ou en cas d'adoption, le jour de l'échéance du délai de 3 ans à compter de l'arrivée au foyer de l'enfant adopté.**  ***Pour le calcul de la pension de retraite, la période de ce travail à temps partiel est décomptée comme une période de travail à temps plein*.** |

|  |
| --- |
| ❑ **de droit pour donner des soins**  quotité souhaitée (1) |\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_| ème à compter du : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  au titre : du conjoint ❑  d'un enfant à charge ❑ Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date de naissance : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  d'un ascendant ❑ Qualité (père-mère) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Je souhaite sur-cotiser pour la retraite sur la base d'un traitement à taux plein :  ❑ OUI à compter du : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| ❑ NON  **Je note que l'option formulée vaut pour toute la période visée par l'autorisation de travail à temps partiel.**  ***Cette sur-cotisation ne peut avoir pour effet d'augmenter la durée de liquidation de plus de quatre trimestres.***  ***La durée pendant laquelle un fonctionnaire peut sur-cotiser sera donc fonction de la quotité choisie*** |

|  |
| --- |
| ❑ **de droit au titre du handicap**  quotité souhaitée (1) |\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_| ème  à compter du : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  *Joindre les pièces justificatives*  Je souhaite sur-cotiser ❑ OUI ❑ NON |

***1) Cette quotité exprimée en heures hebdomadaires d'enseignement ou de service, doit correspondre à 50%, 60%, 70% ou 80 % du service hebdomadaire exigible de l'agent concerné.***

**Compte tenu des dispositifs de pondération des heures d’enseignement assurées dans le cycle terminal de la voie générale et technologique, en STS et dans les établissements REP+, la quotité de temps partiel des enseignants bénéficiant de ces dispositifs peut être supérieure à la quotité correspondant au nombre d’heures demandé sans toutefois dépasser 80%.**L'autorisation d'assurer un service à temps partiel est accordée pour des périodes d'une année scolaire renouvelable par  
tacite reconduction dans la limite de trois années scolaires.

|  |  |
| --- | --- |
| Autres demandes, à préciser dans tous les cas (mutation INTER, INTRA, congé parental, autres…) | Réservé à l'administration  Visa DOS |
|  | Reçu DPE le : |
| Date  Signature de l'intéressé(e) | Visa du chef d’établissement ou du  supérieur hiérarchique  Date  **Signature** |

***Imprimé à transmettre à la DOS***



Périmètre de Rouen

ANNEXE 3

**DIVISION DES PERSONNELS ENSEIGNANTS**

**DPE**

RENTRÉE SCOLAIRE 2021-2022

DEMANDE DE RÉINTÉGRATION À TEMPS COMPLET

Je soussigné (e)

NOM : …………………………………………………………………………………………………………………

PRENOM : ……………………………………………………………………………………………………………

Grade : ………………………………………………………………………………………………………………..

Discipline : ……………………………………………………………………………………………………………

Etablissement d'affectation : ……………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………

Sollicite, pour la rentrée scolaire 2021-2022, ma réintégration dans mes fonctions, à temps complet.

|  |  |
| --- | --- |
| *Visa du chef d'établissement*  *Date :*  *Signature :* | *Date :*  *Signature de l'intéressé (e) :* |

***Imprimé à transmettre à la DPE***