



**ACADÉMIE
DE NORMANDIE**

Liberté
Égalité
Fraternité

**DEMANDE D'EXERCICE DES FONCTIONS
à TEMPS PARTIEL – ANNEE SCOLAIRE 2024/2025**

**PERSONNELS ENSEIGNANTS DU SECOND DEGRE, D'EDUCATION
ET PSYCHOLOGUES DE L'EDUCATION NATIONALE**

Document à remettre :

- Pour les personnels enseignants et d'éducation => au chef d'établissement qui l'adresse au Rectorat - DPE après saisie sur GI/GC -
- Pour les Psy EN => au DCIO ou à l'IEN de circonscription qui l'adresse à la DPE

DE DROIT	SUR AUTORISATION (1)
<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} demande <input type="checkbox"/> Renouvellement (tacite) <input type="checkbox"/> Renouvellement au terme de 3 ans	<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} demande <input type="checkbox"/> Renouvellement (tacite) <input type="checkbox"/> Renouvellement au terme de 3 ans

Je soussigné(e)

Nom – Prénom :

Corps Agrégés Certifiés PEGC PEPS CE EPS P.LP CPE Psy-EN

Discipline d'enseignement :

Affectation à titre définitif en 2023/2024 :

(indiquer le nom de l'établissement ou
pour les TZR l'établissement de rattachement :

envisage pour l'année 2024/2025 :

- Participer au mouvement intra-académique 2024 : oui non
- Demander un congé parental : oui non
- Demander une disponibilité : oui non
- Autres : oui non

Souhaite pour l'année scolaire 2024/2025 :

Reprendre l'exercice de mes fonctions à TEMPS COMPLET à la rentrée 2024

Exercer à TEMPS PARTIEL SUR AUTORISATION

à compter du : 1^{er} septembre 2024 pour la quotité horaire suivante :

|____| / |____| ème

.....**Motif :**

Cette quotité est exprimée en fraction d'ORS (ex. 16/18^{ème}) sauf pour les CPE et PSY-EN exprimée en pourcentage d'ORS. Elle 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%.

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.

Exercer à TEMPS PARTIEL DE DROIT

à compter du : |_|_| |_|_| |_|_|_|_| pour la quotité horaire suivante :

|_|_|/|_|_| ème

Cette quotité exprimée en heures hebdomadaires d'enseignement ou de service, doit être comprise entre **50% et 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%.

POUR ELEVER UN ENFANT DE MOINS DE TROIS ANS

au titre de l'enfant (prénom)Né (e) ou adoptée le : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

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.

Ce temps partiel cesse le jour du 3^{ème} 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. S'il s'interrompt dans le courant de l'année scolaire, je demande à compter du (indiquer la date) :

- A reprendre mon activité à temps complet**
- A demeurer à temps partiel pour le reste de l'année scolaire**

POUR DONNER DES SOINS

au conjoint à un enfant à charge (prénom)..... à 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

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 Je souhaite sur-cotiser OUI NON
Joindre les pièces justificatives

je souhaite l'annualisation de mon temps partiel pour une quotité horaire de sur une base annuelle répartie comme suit :

|_|_|/|_|_|

Période travaillée à temps complet : du _____ au _____

Période non travaillée : du _____ au _____

Partie à compléter par le chef d'établissement, le directeur du CIO ou l'IEN de circonscription

Temps partiel sur autorisation : quotité.....

Temps partiel de droit : quotité.....

avis FAVORABLE avis DEFAVORABLE (à motiver)

Vu et pris connaissance

Date et signature du supérieur hiérarchique :

Date et signature de l'intéressée
précédée de la mention « vu et pris connaissance »