

**DEMANDE D'EXERCICE DES FONCTIONS
à TEMPS PARTIEL – ANNEE SCOLAIRE 2025/2026**

**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
<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 PLP CPE Psy-EN

Discipline d'enseignement :

Affectation à titre définitif en 2024/2025 :

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

envisage pour l'année 2025/2026 :

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| - Participer au mouvement inter ou intra-académique 2025 | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Demander un congé parental | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Demander une disponibilité | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Autres | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Souhaite pour l'année scolaire 2025/2026 :

Reprendre l'exercice de mes fonctions à TEMPS COMPLET à la rentrée 2025

Exercer à TEMPS PARTIEL SUR AUTORISATION

à compter du 1^{er} septembre 2025 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 surcotiser 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 surcotisation ne peut avoir pour effet d'augmenter la durée de liquidation de plus de quatre trimestres. La durée pendant laquelle je peux surcotiser sera donc fonction de la quotité choisie.

Exercer à TEMPS PARTIEL DE DROIT (Joindre les pièces justificatives)

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 adopté(e) 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 surcotiser 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 surcotisation ne peut avoir pour effet d'augmenter la durée de liquidation de plus de quatre trimestres. La durée pendant laquelle je peux surcotiser sera donc fonction de la quotité choisie.

AU TITRE DU HANDICAP

Je souhaite surcotiser 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 surcotisation ne peut avoir pour effet d'augmenter la durée de liquidation de plus de quatre trimestres ou huit trimestres pour les BOE dont l'incapacité permanente est au moins égale à 80%. La durée pendant laquelle je peux surcotiser sera donc fonction de la quotité choisie.

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.....

avis FAVORABLE

avis DEFAVORABLE (à motiver)

Temps partiel de droit : quotité.....

Vu et pris connaissance

Date et signature du supérieur hiérarchique :

**Date et signature de l'intéressé(e)
précédée de la mention « vu et pris connaissance »**