**Direction des ressources humaines**

**Division des personnels administratifs,**

**techniques et d'encadrement**

**DPATE 2**

**DPATE 3**

**Annexe 1**

**🞏 DEMANDE D’AUTORISATION DE TRAVAIL A TEMPS PARTIEL OU MODIFICATION DE QUOTITE**

**🞏 DEMANDE DE REPRISE A TEMPS PLEIN APRES TRAVAIL A TEMPS PARTIEL**

**Année scolaire 2021-2022**

Je soussigné(e)

NOM : ……………………………………….…………. PRÉNOM : ………………………………………..…………….

CORPS/GRADE : …………………………………………………………………………………………………………….

ETABLISSEMENTD’AFFECTATION : ……………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

1 – Demande à reprendre à temps plein le : ……………………………………………………………………………...

2 – Sollicite l’autorisation d’exercer mes fonctions à …………….. % du service à temps complet, pour une période de 12 mois à compter du 1er septembre 2021, renouvelable dans la limite de 3 ans.

3– Demande à modifier la quotité de mon temps partiel à compter du : …………………………………………..……

Nouvelle quotité : …………….%

AUTORISATION DE DROIT :

 Elever un enfant de moins de 3 ans

 Elever un enfant adopté, pendant 3 ans à compter de son arrivée au foyer

 Donner des soins au conjoint, à un enfant ou un ascendant

 Pour handicap (joindre la pièce justificative et produire après examen médical, l’avis du médecin conseiller technique).

MOTIFS SOUMIS A AUTORISATION :

 Pour création ou reprise d’entreprise

 Convenances personnelles

REPARTITION DE LA QUOTITE DU TEMPS TRAVAILLÉ:

 TP quotidien  TP hebdomadaire  TP annualisé

SURCOTISATION :  OUI  NON

AVIS DU CHEF D’ETABLISSEMENT OU DE SERVICE :

(Pour des motifs soumis à autorisation)

 Avis favorable

 Avis défavorable : à motiver, la mention « sous réserve de remplacement » étant insuffisante.

Fait à …………………………………………………………, le ……………………………………………………………

Signature de l’intéressé(e) Signature du supérieur hiérarchique