 **ANNEXE 3**

**TEMPS PARTIEL SUR AUTORISATION**

ANNEE SCOLAIRE 2025-2026

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ETABLISSEMENT D'EXERCICE | CORPS (1) | Etes-vous : (rayer les mentions inutiles) | Mutation demandée (2) 🞏 OUI 🞏 NON |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Si affectation provisoire annuelle précisez aussi le nom de l'établissement d'origine | Discipline : | - Fonctionnaire stagiaire- Titulaire- Affecté à titre provisoire | Inscription concoursenseignant (2) 🞏 OUI 🞏 NON |

🞏 **PREMIERE DEMANDE DE SERVICE A TEMPS PARTIEL (2)**

🞏 **DEMANDE DE TEMPS PARTIEL DANS LE CADRE D’UNE DEMANDE DE RETRAITE PROGRESSIVE (2)**

🞏 **DEMANDE DE MODIFICATION DE QUOTITE DE SERVICE A TEMPS PARTIEL** **(2)**

🞏 **DEMANDE DE RENOUVELLEMENT D’UNE AUTORISATION D’EXERCER A TEMPS PARTIEL ARRIVEE A ECHEANCE (3 ans) (2)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Je soussigné(e) : | 🞏 M. | 🞏 Mme |

|  |  |
| --- | --- |
| NOM D’USAGE : | PRENOM : |

|  |
| --- |
| NOM DE FAMILLE :  |

(3)

 (4) (5)

souhaite exercer à temps partiel durant la totalité de l'année scolaire 2025-2026 à raison de :

Motif : 🞏 raisons personnelles

 🞏 reprise ou création d’entreprise

Cette quotité peut être modifiée de plus ou moins deux heures selon les nécessités de service.

Au cas où ces nécessités de service se révéleraient être incompatibles avec la quotité horaire demandée, à plus ou moins deux heures près, je choisis (2) :

 - d'exercer à mi-temps 🞏

 - de conserver un temps plein 🞏

|  |  |
| --- | --- |
| A | le, Signature |

(1) Corps : Agrégé, Certifié, Prof. d’EPS, PEGC, AE, CE d'EPS, PLP, CPE, PSY-EN

(2) Cocher la case correspondant au choix

(3) Nombre d'heures hebdomadaires

(4) Obligation réglementaire de service

(5) Pour les CPE : il est rappelé que la quotité doit être formulée en %

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| quotité demandée par le chef d'établissement :DATE DE L’ENTRETIEN SI AVIS DÉFAVORABLE : | signature du chef d'établissementet cachet de l'établissement |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**a transmettre au chef d’établissement ou supérieur hiérarchique au plus tard le
19 janvier 2025**

**…/…**

**Demande de surcotisation au verso**

Les personnels bénéficiant d’un temps partiel sur autorisation ou de droit (à l’exception du temps partiel pour élever un enfant de moins de 3 ans ou pour adoption) ainsi que les personnels bénéficiant d’un temps partiel au titre du handicap (moins de 80% d’incapacité) peuvent demander à surcotiser à temps plein (prise en compte d’un temps plein dans le calcul du montant de la pension).

Un agent ayant opté pour cette disposition ne peut y renoncer ou modifier son choix avant l’expiration de la période de travail à temps partiel.

Je souhaite **surcotiser** de telle sorte que cette année de temps partiel soit décomptée comme une période de travail à temps plein pour le calcul de ma pension :

OUI 🞏 NON 🞏

|  |  |
| --- | --- |
| A | le, Signature |