

 **ANNEXE 4**

**ACADEMIE DE REIMS**

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

**TEMPS PARTIEL DE DROIT** ANNEE SCOLAIRE **2025-2026**

🞏 **Pour élever un enfant de moins de 3 ans** *(joindre un extrait d’acte de naissance)*

*(pris en compte pour le calcul du montant de la pension au même titre qu’un temps plein)*

 ***Maximum 80%***

🞏 **Pour élever un enfant adopté**, **pendant 3 ans à compter de son arrivée au foyer**

*(joindre un justificatif - pris en compte pour le calcul du montant de la pension au même*

*titre qu’un temps plein)*

*-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------*

**🞏** **je souhaite cotiser**

sur la quotité non travaillée afin que le calcul du montant de ma pension soit réalisé sur la base d’un temps plein.

🞏 **Au titre du handicap (incapacité au moins égale à 80%)**

*(Joindre la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé)*

🞏 **Pour donner des soins au conjoint, à un enfant ou un ascendant**

*(Joindre un certificat médical)*

**🞏** **je souhaite surcotiser**

sur la quotité non travaillée afin que le calcul du montant de ma pension soit réalisé sur la base d’un temps plein

*(cf. § 3 de la circulaire)*

🞏 **Au titre du handicap (incapacité inférieure à 80%)**

*(Joindre la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé)*

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

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

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

(3)

 (4) (5)

souhaite exercer à temps partiel de droit à compter : du ……….…… à raison de

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

Signature

(1) Corps : Agrégé, Certifié, Prof. d’EPS, PEGC, AE, CH 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 %

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

signature du chef d'etablissement

et cachet de l'etablissement

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

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