

FICHE À RENVOYER À VOTRE SECTION ACADÉMIQUE APRÈS LES RÉSULTATS DU MOUVEMENT INTRA-ACADÉMIQUE

Affectation dans une zone de remplacement pour 2020-2021

Discipline :	Option postulée :	Si temps partiel demandé, QUOTITÉ :
---------------------------	-------------------------	--

NOM(S) figurant sur le bulletin de salaire (en CAPITALES)	Date de naissance
---	-------------------------

Prénoms : Nom de naissance :

Adresse (personnelle) :	Adresse (de vacances) du/..... au/..... :
Code postal : [] [] [] [] [] Commune :	Code postal : [] [] [] [] [] Commune :
Tél. : Portable :	Tél. : Portable :
Courriel :	Courriel :

Situation administrative actuelle :

Catégorie :

<input type="checkbox"/> Agrégé(e)	<input type="checkbox"/> Certifié(e)	<input type="checkbox"/> P. EPS	<input type="checkbox"/> CE EPS	<input type="checkbox"/> PLP	<input type="checkbox"/> A.E.	<input type="checkbox"/> CPE	<input type="checkbox"/> PSY-ÉN
------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	------------------------------	-------------------------------	------------------------------	---------------------------------

Affecté(e) sur la zone de remplacement de :
(ÉCRIRE en CLAIR, PAS de CODE)

Pour les collègues déjà TZR :

- ① • Date d'affectation à titre définitif sur votre zone :
- Vous avez été touché par une mesure de carte scolaire :
- En quelle année ?
- Ancienne zone ?
- Date d'affectation sur cette zone ?
- Pour la rentrée 2021, êtes-vous touché par une mesure de carte scolaire ?
- ② Établissement ACTUEL de rattachement :
- Commune :
- ③ Établissement d'exercice si vous êtes affecté(e) à l'année :
- Commune :

Éléments de barème :	• bonifications familiales : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON (pour les académies les prenant en compte) nombre d'enfant(s) à charge :
• échelon :	• bonifications prioritaires sur la ZR au titre du handicap <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
• ancienneté dans le poste :	

PRÉFÉRENCES

REMPLACEMENT à l'année

	VŒUX EXPRIMÉS*	TYPE ÉTABL.
1		
2		
3		
4		
5		

* Saisis sur SIAM : OUI NON

Si aucun de mes vœux ne peut être satisfait, je privilégie (classer 1, 2, 3) :

- la localisation géographique
- le type d'établissement : je préfère un
- l'affectation sur un seul établissement

REMPLACEMENTS

de courte ou moyenne durée

Pour une meilleure prise en compte de votre situation, n'hésitez pas à nous joindre un courrier explicatif que vous envoyez également au rectorat (précisions sur : situation familiale, moyens de locomotion, etc.).

N° de carte syndicale	IMPORTANT : AUTORISATION CNIL ET MANDATEMENT En signant, j'accepte de fournir au Syndicat national de la FSU dont je relève, et pour le seul usage syndical, les données nécessaires à mon information et à l'examen de ma carrière. Je demande à ce syndicat de me communiquer les informations académiques et nationales de gestion de ma carrière auxquelles il a accès via les informations fournies aux élus de ce syndicat par l'administration à l'occasion des commissions paritaires et l'autorise à faire figurer ces informations dans des fichiers et à des traitements informatisés conformément à la loi informatique et liberté du 06/01/1978 modifiée et au règlement européen n° 2016/679/UE dit RGPD du 27/04/2016 applicable le 25/05/2018. Voir nos chartes RGPD pour le SNES-FSU : www.snes.edu/RGPD.html , pour le SNEP-FSU : www.snepfusu.net/central/edito/CharteRGPD.php . Je mandate le représentant désigné par ce Syndicat national de la FSU pour suivre ma situation individuelle dans les opérations de gestion (mutation, affectation, carrière...) qui me concernent. Cette autorisation et ce mandat sont révoqués par moi-même en m'adressant au SNES-FSU , 46, avenue d'Ivry, 75647 Paris Cedex 13 / SNEP , 76, rue des Rondeaux, 75020 Paris / SNUEP , 38, rue Eugène Oudiné, 75013 Paris ou à ma section académique.	
Date remise cotisation		Date :
Nom(s) figurant sur la carte		Signature :