ACADÉMIE
DE STRASBOURG
Liberté
Égalité
Fraternité

Direction des services départementaux
de l'éducation nationale
du Haut-Rhin

**Division de l'enseignant,
des moyens et
de la formation continue du 1er degré**

ANNEXE 2

*A renvoyer pour le **3 mars 2023** à l'IEN de circonscription en 2 exemplaires*
dont 1 exemplaire à conserver par l'IEN

DEMANDE DE TRAVAIL A TEMPS PARTIEL POUR L'ANNEE SCOLAIRE 2023/2024

□ Reprise à plein temps □ 1ère demande □ Renouvellement □ Changement de quotité

Nom …….. Prénom ……..

Nom de naissance…… Date et lieu de naissance ……..

Adresse personnelle : N° ……Rue ……..……..

Code postal …….. Ville ……..……..

Téléphone …… Portable ……Mél ……..……..

Fonction (adjoint, **directeur***, titulaire mobile, etc) ……

Etablissement d'affectation ……..……..
A titre □ définitif □ provisoire

Sollicite l'autorisation :

□ De reprendre mes fonctions à temps plein à compter du 01/09/2023

□ D'exercer mes fonctions à temps partiel □ **de droit** □ **Reconnaissance de la qualité de Travailleur Handicapé (joindre la copie de la décision)**
□ **sur autorisation**

A la quotité aménagée suivante, déterminée selon **mon affectation au 01/09/2023** :

❒ 50% hebdomadaire

❒ 50 % annualisé : dans ce cas, seront jointes les demandes conjointes des 2 intéressé(e)s précisant les périodes travaillées par chacun(e) d'eux (elles) ; à défaut, une centralisation des demandes est effectuée à la DSDEN pour étude des jumelages possibles. Choix période travaillée : □ 1ère (septembre à janvier) □ 2ème (février à août)

❒ 75 % hebdomadaire

❒ 80 % hebdomadaire - Choix période travaillée : □ 1ère (novembre à décembre) □ 2ème (janvier à février)

Lorsque le temps partiel **de droit** expire en cours d'année scolaire (3ème anniversaire de l'enfant), je souhaite :

❒ poursuivre à temps partiel sur autorisation jusqu'à la fin de l'année scolaire selon la même quotité
❒ une reprise à temps plein en cours d'année scolaire après exercice à temps partiel de droit et accepte un complément de service en fonction des supports vacants à cette date..
En cas de refus d'exercer sur le poste proposé la reprise à temps complet ne sera pas accordée.

**** Pour les directeurs et directrices d'école*** **:**

❒ M'engage à continuer à assumer l'intégralité des charges liées à la fonction de directeur d'école
Surcotisation :
J'envisage de verser une **surcotisation** pour les équivalents trimestres non travaillés □ OUI □ NON
Dans l'affirmative, je demande un devis avant accord définitif des validations de trimestres ;
(rappel : **concerne uniquement les demandes sur autorisation**, à l'exclusion des personnels bénéficiaires de l'obligation d'emploi).

MOTIF de la demande :
Exposer succinctement les motifs et, pour le temps partiel de droit, joindre les pièces justificatives.

Fait à ……..…., le …….. Signature de l'enseignante ou de l'enseignant

<u>Pièces à joindre</u> :

- La **naissance** ou l'**adoption** d'un enfant :.
  - Extrait d'acte de naissance, copie du livret de famille (en entier)
- **Pour donner des soins** au conjoint ou à la conjointe, lié(e) par un pacte civil de solidarité ou concubin(e), à un enfant à charge âgé de moins de vingt ans ouvrant droit aux prestations familiales, ou à un ascendant ou ascendante atteint(e) d'un handicap, victime d'un accident ou atteint(e) d'une maladie grave, nécessitant la présence d'une tierce personne :
  - certificat médical d'un praticien hospitalier renouvelé tous les six mois,
  - document attestant du lien familial : livret de famille (en entier), acte de mariage, Pacs, certificat de concubinage, ou attestation sur l'honneur accompagnée d'une facture attestant de l'adresse commune ou document attestant du lien de parenté l'unissant à son ascendant,
  - pour des soins à un parent ou parente handicapé(e) : carte d'invalidité, allocation pour adultes handicapés, indemnité compensatrice pour tierce personne, - pour un enfant handicapé : notification MDPH (versement de l'allocation d'éducation pour enfants handicapés)

- Pour raison médicale : Certificat médical circonstancié et détaillé de moins de 3 mois sous pli confidentiel à l'attention du médecin de travail (nom et prénom de l'enseignante ou de l'enseignant indiqués sur l'enveloppe)

- **Pour créer ou reprendre une entreprise** : joindre la demande de cumul d'activité (formulaire en ligne sur le site de la DSDEN du Haut-Rhin).

Avis de l'IEN : □ Favorable
□ Défavorable - Date de l'entretien _____

<u>Motif du refus, le cas échéant</u> :

Signature de l'enseignante ou de l'enseignant Signature de l'IEN