

**DEMANDE D'AUTORISATION  
DE REPRENDRE LES FONCTIONS A TEMPS PLEIN**

|   |                |
|---|----------------|
| Nom : .....   | Prénom : ..... |
| Affectation actuelle : ..... <input type="checkbox"/> à titre définitif <input type="checkbox"/> à titre provisoire |                |
| Fonction : ..... Circonscription : .....  |                |

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de :

**REPRENDRE MES FONCTIONS A TEMPS PLEIN**

A compter du 1<sup>er</sup> septembre 2024

Aux 3 ans de l'enfant      date de naissance de l'enfant : \_\_/\_\_/\_\_

| L'intéressé(e) | Visa de l'Inspecteur de l'éducation nationale |
|----------------|---|
| Fait à .....   | Fait à .....                                  |
| Le .....       | Le .....                                      |
| Signature      | Signature                                     |

**DEMANDE D'AUTORISATION  
D'EXERCER LES FONCTIONS A TEMPS PARTIEL DE DROIT**

|   |                |
|---|----------------|
| Nom : .....   | Prénom : ..... |
| Affectation actuelle : ..... <input type="checkbox"/> à titre définitif <input type="checkbox"/> à titre provisoire |                |
| Fonction : ..... Circonscription : .....  |                |

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de :

**EXERCER MES FONCTIONS A TEMPS PARTIEL POUR L'ANNEE SCOLAIRE 2024-2025**

1<sup>re</sup> demande     renouvellement

**TEMPS PARTIEL DE DROIT**

Pour élever un enfant de moins de 3 ans (Date de naissance de l'enfant : ...../...../.....)

Dans le cas où l'enfant atteint l'âge de 3 ans dans l'année scolaire, précisez si vous souhaitez :

Prolonger le temps partiel jusqu'à la fin l'année scolaire (quotité calculée dans le cadre du temps partiel sur autorisation)

Pour élever un enfant adopté (Date arrivée de l'enfant au foyer : ...../...../.....)

Pour donner des soins à son conjoint, à un enfant à charge ou à un ascendant atteint d'un handicap  
..... SURCOTISATION /  OUI     NON

En cas de handicap relevant de l'obligation d'emploi.  
..... SURCOTISATION /  OUI     NON

A l'issue du congé maternité, d'adoption, congé parental ou paternité (Date de début : ...../...../.....)

**MODALITE DE SERVICE SOUHAITEE :**

➤ Répartition hebdomadaire: indiquez le nombre de demi-journées libérées     2 (75%)     4 (50%)

➤ Répartition annuelle :  80% (14 demi-journées supplémentaires à effectuer en tant que TR)

➤ Temps partiel annualisé :  50%

Période travaillée à temps complet :  septembre/ janvier     février/ juin     indifférent

| L'intéressé(e) | Temps partiel de droit                               |
|----------------|--|
|                | <b>Visa de l'Inspecteur de l'éducation nationale</b> |
| Fait à .....   | Fait à .....   |
| Le .....       | Le .....   |
| Signature      | Signature  |

**DEMANDE D'AUTORISATION  
D'EXERCER LES FONCTIONS A TEMPS PARTIEL SUR AUTORISATION**

|   |                |
|---|----------------|
| Nom : .....   | Prénom : ..... |
| Affectation actuelle : ..... <input type="checkbox"/> à titre définitif <input type="checkbox"/> à titre provisoire |                |
| Fonction : ..... Circonscription : .....  |                |

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de :

**EXERCER MES FONCTIONS A TEMPS PARTIEL POUR L'ANNEE SCOLAIRE 2024-2025**

1<sup>re</sup> demande     renouvellement

**TEMPS PARTIEL SUR AUTORISATION**

- Pour convenances personnelles
- Pour créer ou reprendre une entreprise
- Pour raison médicale

L'avis du médecin de prévention est obligatoire et doit être sollicité par courrier accompagné des justificatifs médicaux récents et détaillés, sous pli confidentiel.

La demande sera transmise, par les services de la DRH pour avis, au médecin de prévention qui convoquera l'intéressé(e) s'il y a lieu.

Pour retraite progressive

**MODALITE DE SERVICE SOUHAITEE :**

➤ Répartition hebdomadaire: indiquez le nombre de demi-journées libérées     2 (75%)     4 (50%)

➤ Temps partiel annualisé :  50%

Période travaillée à temps complet :  septembre/ janvier     février/ juin     indifférent

Je demande à sur-cotiser (Cf. circulaire) :     OUI     NON

| L'intéressé(e) | Temps partiel sur autorisation  |
|----------------|---|
|                | <b>Avis de l'Inspecteur de l'éducation nationale</b>                    |
|                | <input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable |
| Fait à .....   | Fait à .....  |
| Le .....       | Le .....  |
| Signature      | Signature   |

**TABLEAU RECAPITULATIF DES DIFFERENTS TEMPS PARTIELS**

**TEMPS PARTIEL DE DROIT**

| Motif  | Durée  | Pièces justificatives   |
|--|--|---|
| Pour élever un enfant de moins de 3 ans ou en cas d'adoption   | Renouvelable jusqu'à la veille des 3 ans de l'enfant ou la veille de l'expiration d'un délai de trois à compter de l'arrivée au foyer de l'enfant adopté   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Photocopie de l'acte de naissance ou du livret de famille ou du jugement d'adoption ou de la déclaration de grossesse</li> </ul>   |
| Pour donner des soins au conjoint, enfant ou ascendant         | Renouvelable sans limitation tant que les conditions requises pour l'obtenir sont réunies<br>Cesse de plein droit lorsque l'état de santé du conjoint, de l'enfant ou de l'ascendant ne nécessite plus une présence de l'agent | <ul style="list-style-type: none"> <li>Justificatif attestant du lien de parenté avec l'ascendant ou l'enfant (livret de famille) ou de la qualité de conjoint (acte mariage, copie PACS)</li> <li>Certificat médical émanant d'un praticien hospitalier (à renouveler tous les 6 mois)</li> <li>Copie de la notification de l'AAEH (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé) ou de la carte d'invalidité et/ou de la notification de l'AAH (Allocation d'Adulte Handicapé) et/ou de l'indemnité compensatrice pour tierce personne</li> </ul> |
| Pour situation handicap dans le cadre de l'obligation d'emploi | Tant que les conditions sont réunies   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Toute pièce justificative attestant de la situation de handicap (RQTH, notification attribution d'une rente d'accident de travail de plus de 10% ou de l'AAH (Allocation d'Adulte Handicapé) ou attribution d'une pension d'invalidité ou copie de la carte d'invalidité</li> </ul>  |

**TEMPS PARTIEL SUR AUTORISATION**

| Motif                                  | Durée   | Pièces justificatives   |
|--|---|---|
| Pour convenances personnelles          | Renouvelable sans limitation de durée mais sous réserve des nécessités de service   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Afin de permettre une instruction personnalisée des dossiers, les demandes devront faire l'objet d'un courrier explicite accompagné éventuellement de toutes pièces justificatives</li> </ul>  |
| Pour raison de santé                   |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Courrier expliquant la situation et la nécessité de l'obtention du temps partiel</li> <li>Certificat médical sous pli confidentiel</li> </ul> Les demandes seront transmises par les services de la DRH pour avis, au médecin de prévention qui convoquera l'intéressé(e) s'il y a lieu.   |
| Pour créer ou reprendre une entreprise | Renouvelable dans la limite de quatre ans (trois ans + prolongation un an possible) | <ul style="list-style-type: none"> <li>Copie de l'attestation d'inscription auprès de l'URSSAF, ou justificatif d'immatriculation au registre du commerce et des sociétés ou au répertoire des métiers</li> </ul> Pour les 1ères demandes, une demande de cumul d'activité doit être déposée auprès des services de la DRH. L'accord du temps partiel est assujéti à l'accord du cumul d'emploi par la commission de déontologie. |

**CAS PARTICULIER : DISPOSITIF RETRAITE PROGRESSIVE**

|   |                |
|---|----------------|
| Nom : .....   | Prénom : ..... |
| Affectation actuelle : ..... <input type="checkbox"/> à titre définitif <input type="checkbox"/> à titre provisoire |                |
| Fonction : ..... Circonscription : .....  |                |

**Vous avez effectué une demande de temps partiel pour l'année scolaire 2024-2025 :**

> Temps partiel de droit :                     OUI     NON

> Temps partiel sur autorisation :         OUI     NON

**Vous souhaitez effectuer une demande de retraite progressive au 1<sup>er</sup> septembre 2024 :**

OUI                     NON

| L'intéressé(e) | Temps partiel sur autorisation  |
|----------------|---|
|                | Avis de l'Inspecteur de l'éducation nationale                           |
|                | <input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable |
| Fait à .....   | Fait à .....  |
| Le .....       | Le .....  |
| Signature      | Signature   |