**ANNEXE 3**

**ACADEMIE DE REIMS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 concours  enseignant (2)  🞏 OUI  🞏 NON |
|  |  |  |  |

**TEMPS PARTIEL DE DROIT**

🞏 **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)*

🞏 **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)*

🞏 **Pour création ou reprise d’entreprise**

*(joindre toute pièce justificative)*

🞏 **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, CIO, DCIO

(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 RETOURNER A LA DRH – DPE POUR LE 20/01/2017**