

## DEMANDE DE TRAVAIL A TEMPS PARTIEL SUR AUTORISATION

Nom :	Date de naissance :
Prénoms :	
Corps :	Discipline :
Etablissement d'affectation :	à :
Etes-vous titulaire sur zone de remplacement ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si OUI, établissement de rattachement :	à :

## QUOTITE DE TRAVAIL

Cocher la quotité choisie : <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 60% <input type="checkbox"/> 70% <input type="checkbox"/> 80% <input type="checkbox"/> 90%	Soit, en nombre d'heures :
Pour les personnels <b>enseignants</b> , mentionner le nombre entier d'heures dont la quotité ne peut être inférieure à 50% et supérieure à 90%	

<b>TEMPS PARTIEL ANNUALISE</b> (année scolaire seulement)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si OUI, nbre d'heures :
Période travaillée :	<input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> partie de l'année scolaire ou <input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> partie de l'année scolaire	
En cas de refus de l'annualisation, je choisis	<input type="checkbox"/> d'exercer à temps partiel de manière hebdomadaire (préciser quotité si différente : ...%) ou <input type="checkbox"/> de conserver un temps plein	

Au titre de l'année scolaire 2018-19, participation au mouvement de rentrée 2019 :	INTER-ACADEMIQUE ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	INTRA-ACADEMIQUE ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Pour les enseignants d'E.P.S. : Sollicitez-vous une dérogation afin de ne pas assurer l'U.N.S.S. ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
--	---

Je prends note que :

- ma demande est renouvelable PAR TACITE RECONDUCTION, DANS LA LIMITE DE 3 ANNEES (sauf cas d'annualisation)
- la quotité peut être modifiée par le service gestionnaire selon les nécessités de service

## SURCOTISATION :

- Je demande à cotiser pour cette période sur la base d'un temps plein **dans la limite de 4 trimestres** et je déclare avoir pris connaissance du coût de ma sur-cotisation et ai noté que ma décision est **irrévocable**. Cette option porte sur toute la période visée par l'autorisation de travail à temps partiel dans la limite du nombre de trimestres indiqués ci-dessus.
- Je ne demande pas à cotiser pour cette période sur la base d'un temps plein.

A	le	Signature de l'intéressé(e) :
---	----	-------------------------------

Avis et observations du chef d'établissement :	<input type="checkbox"/> FAVORABLE <input type="checkbox"/> DEFAVORABLE
Quotité proposée (nombre d'heures) :	A , le
En cas d'avis défavorable, motifs le justifiant :	Signature

Décision du Recteur :	<input type="checkbox"/> ACCORDEE <input type="checkbox"/> REFUSEE	QUOTITE HORAIRE et % :	A Aix-en-Provence, le
-----------------------	--	------------------------	-----------------------

## Imprimé à déposer en un seul exemplaire dûment renseigné, impérativement :

- auprès des chefs d'établissement, le 7 décembre 2018 au plus tard,
- transmission à la DIPE pour le 14 décembre 2018, délai de rigueur.

**DEMANDE DE TRAVAIL A TEMPS PARTIEL DE DROIT**

Nom Prénom	Date de naissance :
Corps :	Discipline :
Etablissement d'affectation :	à :
Etes-vous titulaire sur zone de remplacement ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Si OUI, établissement de rattachement :	à :

**Motifs du Temps partiel de droit :**

- Naissance ou adoption d'un enfant (joindre pièce justificative)  
 - Date de naissance ou arrivée au foyer de l'enfant : .....  
 - A formulé une demande de CLCA et souhaite exercer :  strictement à 50%  entre plus 50% et 80%
- Soins à conjoint, enfant ou ascendant  
 Pour handicap

Quotité de travail choisie :  50%  60%  70%  80% à compter du : **Soit, en nombre d'heures :**

<b>TEMPS PARTIEL ANNUALISE :</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si OUI, quotité : %
Période travaillée : <input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> partie de l'année scolaire <b>ou</b> <input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> partie de l'année scolaire	

Au titre de l'année scolaire 2018-19, participation au mouvement de rentrée 2019 :	INTER-ACADEMIQUE ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	INTRA-ACADEMIQUE ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

A compléter par les enseignants d'E.P.S. : Sollicitez-vous une dérogation afin de ne pas assurer l'U.N.S.S.  OUI  NON

**SURCOTISATION** Temps partiel de droit et retraite :**Pour les temps partiels de droit pour élever un enfant de moins de trois ans :**

Je prends note que ma demande est renouvelable par **tacite reconduction dans la limite de 3 années**, sous réserve de production des pièces justificatives et que ce temps partiel ne donne pas lieu à sur cotisation (gratuité), et ce jusqu'aux 3 ans de l'enfant.

**Pour les temps partiels de droit pour donner des soins :**

Je souhaite sur-cotiser pour cette période sur la base d'un temps plein dans la limite de quatre trimestres. Cette option porte sur toute la période visée par l'autorisation de travail à temps partiel dans la limite du nombre de trimestres indiqués ci-dessus.

Je ne demande pas à cotiser pour cette période sur la base d'un temps plein

**Pour les temps partiels de droit au titre du handicap (incapacité au moins égale à 80%) :**

Je souhaite surcotiser pour cette période sur la base d'un temps plein au taux de 10.29 % dans la limite de huit trimestres. Cette option porte sur toute la période visée par l'autorisation de travail à temps partiel dans la limite du nombre de trimestres indiqués ci-dessus.

Je ne demande pas à cotiser pour cette période sur la base d'un temps plein

**Pour les temps partiels de droit au titre du handicap (incapacité inférieure à 80%) :**

Je souhaite sur-cotiser pour cette période sur la base d'un temps plein dans la limite de quatre trimestres. Cette option porte sur toute la période visée par l'autorisation de travail à temps partiel dans la limite du nombre de trimestres indiqués ci-dessus.

Je ne demande pas à cotiser pour cette période sur la base d'un temps plein

A,	le	Signature de l'intéressé(e) :
Observations du chef d'établissement :		A, le Signature,
DECISION RECTEUR : <input type="checkbox"/> ACCORDEE	QUOTITE HORAIRE et % :	A Aix-en-Provence, le

**Imprimé à déposer en un seul exemplaire dûment renseigné, impérativement :**

- auprès des chefs d'établissement, le 7 décembre 2018 au plus tard,
- transmission à la DIPE pour le 14 décembre 2018, délai de rigueur.

**DEMANDE A L'ISSUE D'UN TEMPS PARTIEL DE DROIT  
POUR ENFANT de MOINS DE 3 ANS**

Dans le cas uniquement où la date du 3<sup>e</sup> anniversaire de l'enfant est située au cours de cette année scolaire 2019-2020 :

**DEMANDE DE REPRISE A TEMPS COMPLET  
OU  
DEMANDE DE PROLONGATION A TEMPS PARTIEL SUR AUTORISATION**  
*(barrer la mention inutile)*

*(Réf instructions BA sur le temps partiel - § 1.3)*

Etablissement d'affectation (ou de rattachement) :

.....

NOM : ..... Prénom : .....

...

Grade : ..... Discipline : .....

.....

Je demande :

à réintégrer à temps complet à compter du 3<sup>ème</sup> anniversaire de l'enfant (date) : .....

à poursuivre à temps partiel sur autorisation à compter du 3<sup>ème</sup> anniversaire de l'enfant jusqu'au 31/08/2020 (en conservant la même quotité).

Je souhaite sur cotiser pour cette période de temps partiel sur autorisation.

je ne souhaite pas sur cotiser pour cette période de temps partiel sur autorisation.

SIGNATURE DE L'INTERESSE(E),

A.....

Le.....

AVIS et SIGNATURE DU CHEF D'ETABLISSEMENT,

FAVORABLE

DEFAVORABLE

A.....

Le.....

Document à retourner au Rectorat – DIPE pour le :