

DEMANDE D'EXERCICE DES FONCTIONS
A TEMPS PARTIEL HEBDOMADAIRE
SUR AUTORISATION
année scolaire 2019 - 2020

- Alpes de Haute
Provence*
- Bouches du
Rhône*
- Hautes Alpes*
- Vaucluse*

1^{ère} Demande* Renouvellement*

Je, soussigné(e),

Nom : Nom patronymique :

Prénom : né(e) le :

N° de téléphone personnel :

1 - Fonction exercée :

2 - Mode d'affectation :

- à titre définitif
- à titre provisoire

3 - Ecole ou établissement : n° RNE.....

4 - Commune. :

demande à Monsieur le Directeur Académique l'autorisation d'exercer pour l'année scolaire 2019/2020 mes fonctions à temps partiel selon la quotité suivante :

- 50 % *
- 50 % *
- 77,78 % * pour une école fonctionnant à 9 ½ journées
- 75 % * pour une école fonctionnant à 8 ½ journées

Fait à le :
(Signature)

AVIS DU CHEF D'ETABLISSEMENT

AVIS et OBSERVATIONS éventuelles de Mme ou M. le chef d'établissement.

- AVIS FAVORABLE*
- DEFAVORABLE* (à motiver).....
-
-
-
-
-

A le :
(Signature et cachet)