

DEMANDE D'EXERCICE DES FONCTIONS
A TEMPS PARTIEL ANNUALISÉ
année scolaire 2019 – 2020

QUOTITÉ 80%

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

de droit* sur autorisation*

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 annualisé à 80% selon l'une des options suivantes :

- les 7 premières semaines sont travaillées à temps complet – du 30 août 2019 au 19 octobre 2019
- les 29 semaines suivantes sont travaillées à temps partiel (75%) avec un jour libéré par semaine – du 20 octobre 2019 au 4 juillet 2020

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)