

**DEMANDE DE TEMPS PARTIEL DE DROIT
 ANNÉE SCOLAIRE 2024/2025**

- 1^{ère} demande**
 Renouvellement d'un temps partiel accordé en 2023/2024

NOM : _____ Prénom : _____
 Nom de naissance : _____ Date de naissance : _____
 N° tél. : _____ et adresse mail : _____@ac-orleans-tours.fr

Situation administrative en 2023/2024	Fonctions occupées	Précisions à apporter (si poste fractionné, renseigner l'affectation principale)
<input type="checkbox"/> En poste Affectation : <input type="checkbox"/> à titre définitif <input type="checkbox"/> à titre provisoire	<input type="checkbox"/> adjoint <input type="checkbox"/> direction <input type="checkbox"/> remplaçant <input type="checkbox"/> autre	Nom de l'école d'affectation : _____ Commune : _____ Circonscription : _____ RNE : 045- - - - Quotité autorisée en 2023/2024 (si renouvellement) : _____
 - Seule la quotité de 75% est accordée pour une direction d'une école de 3 classes et plus. - Seule les quotités de 50% et 75% sont accordées aux remplaçants. Dans le cas contraire la participation au mouvement départemental est obligatoire.		
<input type="checkbox"/> En congé parental		Dates de début et de fin : _____
<input type="checkbox"/> En disponibilité du au	pour quel motif :	Vous devez formuler votre réintégration et participer au mouvement départemental selon les procédures et le calendrier.
<input type="checkbox"/> En congé de maternité		Dates de début et de fin : _____

SOLLICITE UN TEMPS PARTIEL DE DROIT à compter du 1^{er} septembre 2024

QUOTITE CHOISIE (cf. VI de la circulaire)	MOTIF DE LA DEMANDE (se reporter à l'annexe 1 et joindre les justificatifs requis)
<u>DE DROIT à</u> <input type="checkbox"/> 80% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 50% Aucune modification de quotité ne sera acceptée après le 31/03 et au cours de l'année scolaire 2024/2025..	<input type="checkbox"/> 1/ Pour élever un enfant de moins de 3 ans (date de naissance : _____) <input type="checkbox"/> 2/ Pour handicap de l'agent (RQTH en cours de validité) <input type="checkbox"/> 3/ Pour donner des soins à son conjoint, enfant ou ascendant handicapé ou gravement malade  Uniquement pour les motifs 2 et 3 Pour surcotiser, je prends connaissance du paragraphe VIII de la circulaire départementale et après simulation de l'impact financier, je sollicite auprès de la Division des Ecoles (mouvement45-1d@ac-orleans-tours.fr) l'imprimé nécessaire à la surcotisation.

Par ailleurs, je vous informe que ¹:

Je participe au mouvement interdépartemental
 Je vais participer au mouvement départemental
 J'envisage une autre démarche
 (Merci de préciser :)

Date et signature de l'enseignant,