

Demande de travail à temps partiel de droit

Année scolaire 2024-2025

Imprimé à retourner dès que possible et pour le 15 février 2024 au plus tard à votre IEN de circonscription

Première demande Renouvellement

NOM Prénom Date de naissance : __ / __ / ____

Affectation 2023-2024 :

Circonscription de rattachement :

Fonction : Directeur Adjoint Brigade Autre :

Décharge : Directeur Syndicale Maître-Formateur Autre :

Participation au mouvement 2024 (pour information) : Oui Non

J'ai prévu de déposer une demande de retraite progressive sur le site ensap.gouv.fr : Oui Non

Quotité travaillée :

80 % 75 % 50 %

Organisation en mi-temps annualisé souhaitée :

- Période travaillée à temps complet souhaitée :
 période 1 : du 01/09/2024 au 28/01/2025 période 2 : du 29/01/2025 au 31/08/2025
- Afin de faciliter la constitution d'un binôme, accepteriez-vous de modifier cette période :
 oui non
- En cas d'impossibilité d'accéder à votre demande, vous souhaitez travailler :
 50 % 2 jours 75 % 80 %

Motif :

A l'occasion de la naissance d'un enfant, jusqu'au 3ème anniversaire d'un enfant, ou, jusqu'à l'expiration d'un délai de 3 ans à compter de la date d'arrivée au foyer d'un enfant adopté :

➤ **joindre un extrait d'acte de naissance ou une copie du livret de famille**

Nom et Prénom de l'enfant : Date de naissance : __ / __ / 20 __

- Demande de temps partiel à compter du congé maternité ou congé d'adoption jusqu'à la fin de l'année scolaire 2024-2025
- Demande de temps partiel pour l'année scolaire 2024-2025 complète (enfant né après le 31/08/2022)
- Demande de temps partiel jusqu'aux 3 ans de l'enfant (enfant né entre le 01/09/2021 et le 31/08/2022) puis d'une :
 - prolongation par un temps partiel sur autorisation jusqu'à la fin de l'année scolaire 2024-2025 d'une quotité de : 50 % 75 %
 - reprise à temps complet aux 3 ans de l'enfant et jusqu'à la fin de l'année scolaire 2024-2025

- Pour donner des soins – joindre un certificat médical administratif :
 - à mon conjoint à un enfant à charge
 - à un ascendant atteint d'un handicap nécessitant la présence d'une tierce personne ou victime d'un accident ou d'une maladie grave
- Bénéficiaire de l'obligation d'emploi relevant d'une des catégories visées aux 1^{er}, 2^{ème}, 3^{ème}, 4^{ème}, 9^{ème}, 10^{ème} et 11^{ème} de l'article L5212-13 du code du travail : ce droit est subordonné à la production de la pièce justificative. **L'avis du médecin de prévention sera demandé par l'administration.**

Si vous souhaitez opter pour le versement d'une sur-cotisation, il vous faudra joindre à cet imprimé **l'annexe 5** après avoir pris contact avec votre gestionnaire pour en connaître le montant (SIDEEP 85 / Tel : 02 41 74 35 17).

Date et signature :

Le __ / __ / 20 __

Visa de l'IEN :

Le __ / __ / 20 __