

Demande de temps partiel

Formulaire de demande destiné aux seuls agents ayant une affectation définitive en établissement
ou en zone de remplacement

1^{ère} demande

Renouvellement

Je soussigné(e) :

NOM :

Prénom :

Discipline :

Grade :

Affecté(e) à titre définitif en 2022-2023 à (Nom de l'établissement ou de la zone de remplacement):
.....
.....

Souhaite durant l'année scolaire 2023-2024 exercer pour une quotité de :

(en heures pour les personnels enseignants)

(en pourcentage pour les personnels d'éducation, de documentation et les PSYEN)

Dans le cadre d'un temps partiel :

De droit (attention : la quotité doit être comprise entre 50 et 80 %)

Suite à naissance ou adoption (**joindre les pièces justificatives**)

Date de naissance ou d'adoption :

Si le temps partiel prend fin en cours d'année (3 ans de l'enfant), j'ai pris note du fait que l'année en cours sera terminée en temps partiel sur autorisation sauf demande expresse de ma part.

☞ A l'issue du 3^{ème} anniversaire de mon enfant le, je souhaite reprendre le travail à temps plein

Pour apporter des soins à un proche (**joindre les pièces justificatives**)

Pour handicap (**joindre les pièces justificatives**)

Sur autorisation (attention : la quotité doit être comprise entre 50 et 90 %)

Si le temps partiel sur autorisation concerne la création ou la reprise d'une entreprise, joindre l'annexe F

Vous pouvez, si le souhaitez, indiquer la motivation de votre demande de temps partiel sur autorisation par un courrier que vous joindrez à ce formulaire

Date et signature de l'intéressé(e)

Avis du chef d'établissement :

Favorable
 Demande prioritaire

Défavorable (*)
 Demande non prioritaire

Date et signature

Vu et pris connaissance
L'intéressé(e)

Cachet de l'établissement

(*) joindre obligatoirement le compte rendu de l'entretien (annexe D)

Demande de temps partiel annualisé

Formulaire de demande destiné aux seuls agents ayant une affectation définitive en établissement
ou en zone de remplacement

1^{ère} demande

Renouvellement

Je soussigné(e) :

NOM :

Prénom :

Discipline :

Grade :

Affecté(e) à titre définitif en 2022-2023 à (Nom de l'établissement ou de la zone de remplacement) :
.....

Souhaite durant l'année scolaire 2023-2024 exercer pour une quotité de :

(en heures pour les personnels enseignants)

(en pourcentage pour les personnels d'éducation, de documentation et les PSYEN)

Dans le cadre d'un temps partiel annualisé.

Période travaillée du au
Période non travaillée du au

J'ai pris note du fait que je pouvais être sollicité(e) en cas de nécessité pour participer aux examens y compris si je suis en période non travaillée.

Si le temps partiel annualisé ne peut être accordé :

- Je maintiens ma demande de temps partiel pour une quotité de :
- J'annule ma demande de temps partiel

Vous pouvez, si le souhaitez, indiquer la motivation de votre demande de temps partiel sur autorisation par un courrier que vous joindrez à ce formulaire

Date et signature de l'intéressé(e)

Avis du chef d'établissement :

- Favorable Défavorable (*)
 Demande prioritaire Demande non prioritaire

Le cas échéant, avis du chef d'établissement sur la quotité de repli demandée en cas de refus du temps partiel annualisé :

- Favorable Défavorable (*)

Date et signature

Vu et pris connaissance
L'intéressé(e)

Cachet de l'établissement

Annexe C

DEMANDE DE REPRISE D'ACTIVITE A TEMPS PLEIN

Formulaire destiné aux titulaires affectés à titre définitif en établissement ou sur zone de remplacement

Important : Aucune saisie ne doit être effectuée dans le module GIGC

Je soussigné(e).....

Corps :

Agrégés Certifiés PLP PEPS PSYEN CPE PEGC

Discipline :

Affecté(e) à titre définitif en 2022-2023 au :

Nom de l'établissement ou de la zone :

.....

N° de l'établissement ou de la zone :

Pour une quotité de :/.....

Souhaite reprendre une activité à temps plein pour l'année scolaire 2023-2024

Vu et pris connaissance

Ale

Signature de l'intéressé(e)

Ale

Signature du chef d'établissement

Le temps complet est de droit. Le chef d'établissement n'a donc pas à émettre un avis sur la demande.

En revanche, il lui appartient d'examiner les conséquences de cette reprise d'activité à temps plein sur les moyens consacrés à la discipline concernée.

(À transmettre en cas d'avis défavorable avec l'annexe A ou l'annexe B)

**TEMPS PARTIEL
COMPTE RENDU D'ENTRETIEN**

Je soussigné(e).....

Déclare émettre un avis défavorable à la demande de :

- travail à temps partiel sur autorisation ;
- à la quotité du temps partiel (quotité de repli proposée :) ;
- annualisation du temps partiel.

présenté(e) pour l'année scolaire 2023-2024 par (nom, prénom, grade et discipline) :

.....
.....

Motivation de l'avis défavorable :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

L'intéressé(e) a été informé(e) de cet avis défavorable et de sa motivation lors de l'entretien du

(date) :

Vu et pris connaissance le :

Date :

Signature de l'intéressé(e)

Signature du chef d'établissement
et cachet de l'établissement

Toute pièce utile, qui aura été portée à la connaissance de l'intéressé(e) peut être jointe à ce document

Demande de surcotisation pour la retraite dans le cadre d'un temps partiel pour 2023-2024

Nom :

Prénom :

Corps :

Agrégés Certifiés PLP PEPS PSYEN CPE PEGC

Discipline :

Etablissement d'affectation ou zone :

Je choisis de surcotiser pour la retraite pour l'année 2023-2024.

J'ai pris note du fait que, si je renonce, **pour des motifs exceptionnels**, à surcotiser en cours d'année, je ne pourrai pas obtenir le reversement des sommes déjà versées.

Les taux de retenue pour surcotisation (*) connus actuellement sont à compter du 01/01/2021 de :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 50 % soit un taux de cotisation de | 22,25% |
| <input type="checkbox"/> 60 % soit un taux de cotisation de | 20,02% |
| <input type="checkbox"/> 70 % soit un taux de cotisation de | 17,79% |
| <input type="checkbox"/> 80 % soit un taux de cotisation de | 15,56% |
| <input type="checkbox"/> 90 % soit un taux de cotisation de | 13,33% |
| <input type="checkbox"/> Taux cotisation unique de..... | 11,10% (Pour les fonctionnaires handicapés dont l'incapacité permanente est au moins égale à 80%) |
| <input type="checkbox"/> Autre quotité (à préciser) : | |

Le taux de sur cotisation est déterminé grâce à la formule suivante :

$(11,10 \% \times \text{quotité travaillée}) + 80\% (11,10\% + 30,65\%) \times \text{quotité non travaillée}$

Fait à Le

Signature

A renvoyer à la DPE pour le 10 février 2023

(*) Attention, ces taux sont appliqués à un traitement correspondant à un temps plein. La somme obtenue est déduite de la rémunération servie à l'agent en fonction de sa quotité de service à temps partiel.

DÉCLARATION DE CRÉATION OU DE REPRISE D'UNE ENTREPRISE **DANS LE CADRE D'UN CUMUL**

En remplissant ce formulaire, merci de bien vouloir explicitier au moins une fois les sigles que vous employez.

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE PERSONNELLE :

.....

.....

TÉLÉPHONE PERSONNEL :

ADRESSE ÉLECTRONIQUE PERSONNELLE : @

I.- QUELLE EST VOTRE SITUATION ACTUELLE DANS L'ADMINISTRATION ?

Cochez les cases correspondantes

1. SITUATION ADMINISTRATIVE

Vous êtes agent contractuel

Préciser le cas échéant votre catégorie :

A+ A B C

Vous êtes agent titulaire ou stagiaire

Préciser votre catégorie :

A+ A B C

Votre corps (ou cadre d'emploi) et votre grade :

.....

.....

Préciser votre quotité de travail actuelle :

(En heures et pourcentage de temps plein)

.....

2. QUELLES SONT VOS FONCTIONS DANS L'ADMINISTRATION ?

Préciser :

- l'administration ou le service auquel vous appartenez ;
- les fonctions que vous exercez actuellement (en précisant notamment les activités ou secteurs professionnels dont vous avez le contrôle ou la surveillance).

.....

.....

.....

.....

.....

II. VOUS CRÉEZ OU REPRENEZ UNE ENTREPRISE OU UNE ACTIVITÉ PRIVÉE

1. INFORMATIONS SUR LA STRUCTURE

Nom (ou raison sociale) :

.....

.....

Adresse :

.....

.....

.....

Téléphone :

Adresse électronique :@.....

Secteur ou branche professionnelle de la structure :

.....

.....

.....

Forme sociale de l'entreprise ou de l'activité :

Exemple : auto-entreprise, SARL, SAS, activité libérale, VDI (vendeur à domicile indépendant), entreprise individuelle, association, etc.

.....

.....

ATTENTION : Pour les sociétés et associations, joindre les statuts ou les projets de statuts.

Le cas échéant, quels sont la nature et le montant des subventions publiques dont cette structure bénéficiera ?

.....

.....

<p>Rappel : seul un agent public exerçant à temps partiel peut être autorisé à exercer une activité Privée lucrative.</p>

<p>Indiquer la quotité souhaitée :</p>
--

2. QUELLE SERA VOTRE FONCTION OU VOTRE ACTIVITÉ (DESCRIPTION DÉTAILLÉE) ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

3. À QUELLE DATE EST-IL PRÉVU QUE VOUS COMMENCIEZ À EXERCER CETTE ACTIVITÉ ?

...../...../ 20.....
J M A

III. DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

NB : cette déclaration signifie que vous n'avez pas pour mission, en tant qu'agent public, de surveiller ou d'administrer l'entreprise que vous créez ou que vous reprenez (par exemple, vous n'exercez aucun contrôle fiscal sur cette entreprise, vous ne lui délivrez pas d'agrément ou de subvention...).

Je soussigné (*Nom-Prénom*)

déclare sur l'honneur ne pas être chargé, dans le cadre de mon emploi public, de la surveillance ou de l'administration de cette entreprise, au sens de l'article L. 432-12 du code pénal.

Fait à, le

Signature

Visa du chef d'établissement :

Fait à le.....

Signature