

**DEMANDE DE REPRISE A TEMPS COMPLET**

**DEMANDE D’AUTORISATION DE TRAVAIL A TEMPS PARTIEL**

Je soussigné(e)

NOM, Prénom...........................................................................................................................................................................................

Né(e) /\_\_\_\_ /\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/

Corps/grade..............................................................................................................................................................................................

Établissement/Service d’affectation (adresse précise)

 ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Avez-vous fait une demande de mutation pour la rentrée scolaire 2023 ❒ OUI ❒ NON

sollicite l’autorisation d’exercer mes fonctions à.............................. % du service à temps complet, pour une période de 12 mois à compter du 1er septembre 2023.

**MOTIF** :

 ❐ Élever un enfant de moins de 3 ans

 ❐ Élever un enfant adopté, pendant 3 ans à compter de son arrivée au foyer

 ❐ Donner des soins au conjoint, à un enfant à charge ou à un ascendant

 ❐ Convenances personnelles sur autorisation (*A préciser obligatoirement*)

................................................................................................................................................................................................... ................................................................................................................................................................................................... ............................................................ …..………………………………………………………………………............................... ................................................................................................................................................................................................... Joindre toutes pièces justificatives (photocopie du livret de famille, certificats médicaux…)

**SURCOTISATION :** ❐ OUI

 ❐ NON

**CADRE D’ORGANISATION DU TRAVAIL :** ❐ Quotidien

 ❐ Hebdomadaire

 ❐ Annuel

Fait à , le

 Signature de l’intéressé(e)

**AVIS ET SIGNATURE DU CHEF D’ETABLISSEMENT**

 **CHEF DE SERVICE / CHEF DE DIRECTION**

**AVIS DU RECTEUR**