

DEMANDE DE TEMPS PARTIEL DE DROIT POUR RAISONS FAMILIALES

Décret n°82-624 du 20 juillet 1982 modifié relatif à l'exercice des fonctions à temps partiel.
Décret n°86-83 du 17 janvier 1986 modifié relatif aux dispositions générales applicables aux agents non titulaires de l'Etat.
Décret n°2003-1307 du 26 décembre 2003 pris pour l'application de la loi n°2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites et relatif aux modalités de mise en œuvre du temps partiel.

| | |
|--|-----------------------------------|
| Madame <input type="checkbox"/> | Monsieur <input type="checkbox"/> |
| Nom d'usage : | Nom de naissance : |
| Prénom : | Date de naissance : |
| Discipline : | Grade : |
| Affectation en 2019-2020 : | |
| Date de naissance de l'enfant (joindre une copie du livret de famille) : | |
| En cas d'adoption, date d'arrivée de l'enfant au foyer : | |

Je souhaite exercer à temps partiel durant l'année scolaire 2020-2021

Quotité demandée ¹ : 80 % 70 % 60 % 50 %

Nombre d'heures souhaité (exprimé en nombre entier) : _____

Pour les personnels ayant formulé une demande de prestation partagée d'éducation de l'enfant ou de complément de libre choix d'activité auprès de la caisse d'allocations familiales (CAF) et souhaitant exercer un service correspondant à une quotité :

strictement égale à 50 % comprise entre plus de 50 et moins de 80 % strictement égale à 80 %

J'ai l'intention de demander une mutation¹ : oui non

Si oui, je m'engage à formuler une nouvelle demande auprès de mon nouvel établissement d'affectation.

Dans le cas où **je n'obtiendrais pas une mutation**, je souhaite¹ : maintenir la présente demande

annuler la présente demande

Fait à, le

Signature de l'intéressé(e)

¹ Cochez la case utile

Visa du supérieur hiérarchique

Service hebdomadaire prévu pour l'intéressé(e) :

Date :

Signature

Visa SMO