

DEMANDE DE TEMPS PARTIEL SUR AUTORISATION

Année scolaire 2019-2020

RENSEIGNEMENTS D'ORDRE GENERAL

Nom d'usage : Nom patronymique :

Prénom : Date de naissance :

Corps / Grade : Discipline :

EPLE d'affectation(1) :

A titre définitif A titre provisoire

1^{ère} demande (2) Renouvellement (Nombre d'autorisations déjà obtenues ...)

Sollicitez-vous une mutation intra-académique pour la rentrée scolaire 2019/2020 (2) ? OUI NON

NATURE DU TEMPS PARTIEL

- HEBDOMADAIRE** (2) :% (de 50 à 90%), à raison de ... h...min / semaine

NB : Lorsque la quotité ne correspond pas en heure à un nombre entier, préciser **OBLIGATOIREMENT** le nombre d'heures que vous ferez par semaine en accord avec votre chef d'établissement. (cf. circulaire)

- ANNUALISE** (vous travaillerez uniquement du 01/02/2020 au 31/08/2020)

Rappel : les demandes de temps partiel annualisé doivent être reformulées chaque année.

SURCOTISATION

- - J'opte pour la surcotisation (2,3) : OUI NON

Motif de la demande :

Fait à, le..... (

AVIS DU CHEF D'ETABLISSEMENT OU DE SERVICE (à porter obligatoirement à la connaissance de L'intéressé (e))

Favorable Défavorable

Motif (si avis défavorable) :

.....

.....

Fait à, le.....

Signature et cachet du chef d'établissement

(1) Indiquer l'établissement d'exercice et, le cas échéant, l'établissement où s'effectue le complément de service

(2) Cocher la case

(3) si oui, remplir aussi l'annexe 3

DEMANDE DE TEMPS PARTIEL DE DROIT

Année scolaire 2019-2020

RENSEIGNEMENTS D'ORDRE GENERAL

Nom d'usage : Nom patronymique :

Prénom : Date de naissance :

Corps / Grade : Discipline :

EPLE d'affectation(1) :

A titre définitif A titre provisoire

1^{ère} demande (2) Renouvellement (Nombre d'autorisations déjà obtenues ...)

Sollicitez-vous une mutation intra-académique pour la rentrée scolaire 2019/2020 (2) ? OUI NON

NATURE DU TEMPS PARTIEL

- **HEBDOMADAIRE** (2) _ « »% (de 50 à 80%), à raison de « h« min / semaine

NB : Lorsque la quotité ne correspond pas en heure à un nombre entier, préciser **OBLIGATOIREMENT** le nombre d'heures que Vous ferez par semaine en accord avec votre chef d'établissement (cf. circulaire)

- **ANNUALISE** (vous travaillerez uniquement du 01/02/2020 au 31/08/2020)

Rappel : les demandes de temps partiel annualisé doivent être **reformulées chaque année**.

MOTIF DU TEMPS PARTIEL (2) (Justificatifs à fournir)

- Enfant de moins de 3ans ou arrivée au foyer d'un enfant adopté (le délai de 3ans à partir de la date d'arrivée au foyer)
- Situation de handicap
- Soins au conjoint, à un enfant à charge ou à un ascendant atteint d'un handicap, nécessitant la présence d'une tierce personne ou victime d'un accident ou d'une maladie grave
- Création d'une entreprise

SURCOTISATION

- J'opte pour la surcotisation (2,3) : OUI NON

Fait à, le.....Signature de l'intéressé(e)

AVIS DU CHEF D'ETABLISSEMENT OU DE SERVICE (à porter obligatoirement à la connaissance de L'intéressé (e))

Favorable Défavorable

Motif (si avis défavorable) :

.....

Fait à, le.....

Signature et cachet du chef d'établissement

DEMANDE DE SURCOTISATION

Année scolaire 2019-2020

RENSEIGNEMENTS D'ORDRE GENERAL

Nom d'usage : Nom patronymique :

Prénom : Date de naissance :

Corps / Grade : Discipline :

EPLÉ d'affectation :

- Je soussigné, M/Mme demande à surcotiser au régime de la pension civile sur la base du traitement soumis à la retenue pour pension correspondant à un fonctionnaire de même grade, échelon ou indice, travaillant à temps plein.

Cette option porte sur toute la durée couvrant l'autorisation de travail à temps partiel dans la limite de 4 trimestres. Ces dispositions sont portées à 8 trimestres pour les fonctionnaires en situation de handicap dont l'incapacité permanente est au moins de 80%.

La retenue est appliquée sur le traitement indiciaire brut (N.B.I. comprise). Les autres primes ne sont pas prises en compte dans l'assiette de surcotisation.

Quotité de temps partiel choisie	Taux de surcotisation sur traitement à temps plein	
	Au 01/01/2017	Au 01/01/2018
50%	21,47 %	21,71 %
60%	19,22 %	19,47 %
70%	16,99 %	17,24 %
80%	14,76 %	15,02 %
90%	12,52 %	12,78%

Le taux de cotisation de pension civile est fixé à 10,29 % pour 2017, à 10,56 % pour 2018, à 10.83% pour 2019.

Exemple

Monsieur X est professeur certifié au 8^{ème} échelon. Il sollicite un temps partiel à 50% et souhaite surcotiser.

Son traitement mensuel brut à temps complet équivaut à 2458.68€

Le taux de surcotisation s'appliquera sur cette base à savoir $21,47\% \times 2458,68 = 527.87\text{€}$

(S'il ne surcotise pas, son traitement mensuel brut à 50% étant de 1229.34€ , sa cotisation retraite s'appliquerait sur la base de $10,29 \times 1229,34/100 = 126,50\text{€}$

La cotisation retraite de monsieur X s'élèvera à 527.87€ dont $(527.87 - 126.50 =) 397.81 \text{€}$ de surcotisation

Fait à le

Signature

PRORATISATION DE LA REMUNERATION EN FONCTION DE LA QUOTITE DE TRAVAIL

QUOTITE DU SERVICE A TEMPS PARTIEL (1)	% CORRESPONDANT DE REMUNERATION PLEINE
50 %	50 %
60 %	60 %
70 %	70 %
80 - 80,5 %	85,7 %
80,6 - 81,5 %	86,2 %
81,6 - 82,5 %	86,7 %
82,6 - 83,5 %	87,3 %
83,6 - 84,5 %	87,9 %
84,6 - 85,5 %	88,5 %
85,6 - 86,5 %	89,1 %
86,6 - 87,5 %	89,7 %
87,6 - 88,5 %	90,3 %
88,6 - 89,5 %	90,9 %
89,9 - 90,0 %	91,4 %

(1) En pourcentage d'un service complet.

DEMANDE DE DISPONIBILITE

Année scolaire 2019-2020

1^{ère} demande Renouvellement (nombre d'années déjà effectuées dans toute la carrière)

RENSEIGNEMENTS D'ORDRE GENERAL

Nom d'usage : Nom patronymique :

Prénom : Date de naissance :

Corps / Grade : Discipline

Adresse personnelle :

..... Téléphone :

MOTIF DE LA DEMANDE ⁽¹⁾

DISPONIBILITE DE DROIT

- Pour donner des soins à un conjoint, un enfant ou un ascendant malade
(Joindre un certificat médical délivré par le médecin assermenté)
- Pour élever un enfant de moins de 8 ans
(Joindre une copie du livret de famille)
- Pour suivre le conjoint
(Joindre un certificat de travail du conjoint justifiant la nécessité de la résidence éloignée de celui-ci)
- Pour se rendre dans les DOM-TOM ou à l'étranger en vue de l'adoption d'un ou plusieurs enfants
- Pour exercer un mandat d'élu local

DISPONIBILITE SUR DEMANDE

- Pour études ou recherches présentant un intérêt général (Joindre un justificatif d'études poursuivies)
- Pour convenances personnelles (durée maximale sur toute la carrière : 10 ans)

Motif :
.....
.....

- Pour créer ou reprendre une entreprise au sens de l'article L.351-24 du Code du Travail
(Joindre l'inscription au registre du commerce)

Fait à, le
Signature de l'intéressé (e)

Fait à, le
Signature et cachet de l'établissement

DEMANDE DE CONGE DE FORMATION PROFESSIONNELLE

Année scolaire 2019-2020

RENSEIGNEMENTS D'ORDRE GENERAL	
Nom d'usage :	Nom patronymique :
Prénom :	Date de naissance :
Corps / Grade :	Discipline :
Adresse personnelle :	
Téléphone :	
EPLE d'affectation(1) :	<input type="checkbox"/> A titre définitif <input type="checkbox"/> A titre provisoire
(1) Indiquer l'établissement d'exercice et, le cas échéant, l'établissement où s'effectue le complément de service	

Intitulé de la formation :	
<i>(Joindre une lettre de motivation détaillant les objectifs qualitatifs poursuivis, les enjeux pour votre carrière et pour le service public)</i>	
Date de début :	Durée réelle (Nombre de mois, d'heures) :
Organisme responsable :	
Avez-vous sollicité une mutation inter-académique pour la rentrée scolaire 2018/2019 ⁽²⁾ ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Est-ce votre première demande de congé de formation professionnelle ⁽²⁾ ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Si non, combien de demandes avez-vous déjà formulées dans l'académie (sur les 5 dernières).....	
Avez-vous précédemment obtenu un congé de formation professionnelle ⁽²⁾ ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Si oui, en quelle(s) année(s) ? : Pour quelle(s) formation(s) :	

OBLIGATIONS : Dans l'hypothèse où ma demande serait agréée, je m'engage à rester au service de l'Etat, à l'expiration de ce congé pendant une période d'une durée égale au triple de celle pendant laquelle l'indemnité mensuelle forfaitaire m'aura été versée ou à rembourser l'intégralité de cette indemnité en cas de rupture de cet engagement.

Je m'engage également, en cas d'interruption de ma formation sans motif valable, à rembourser les indemnités perçues depuis le jour où cette formation est interrompue.

Je déclare avoir pris connaissance des dispositions de la note de service n°89-103 du 28 avril 1989 en ce qui concerne les obligations incombant aux fonctionnaires placés en congé de formation et la durée maximale du versement de l'indemnité mensuelle forfaitaire.

Fait à, le	Signature de l'intéressé(e) précédée de la mention « Lu et approuvé »
<p style="text-align: center;">Avis et visa du Chef d'établissement ou de service</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable</p> <p>Motif (si avis défavorable)</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p style="text-align: center;">Avis et visa de l'Inspecteur</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable</p> <p>Motif (si avis défavorable)</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
Fait à, le Cachet et Signature	Fait à, le Nom et Signature

DEMANDE DE CONGE PARENTAL OU DE REINTEGRATION

Année scolaire 2019-2020

RENSEIGNEMENTS D'ORDRE GENERAL

Nom d'usage:..... Nom patronymique :

Prénom : Date de naissance :

Corps / Grade : Discipline

EPLÉ d'affectation ⁽¹⁾ :

.....

A titre définitif A titre provisoire

Adresse personnelle :

..... Téléphone

(1) Indiquer l'établissement d'exercice et, le cas échéant, l'établissement où s'effectue le complément de service

Je, soussigné(e) M/Mme (Prénom)
(rayer la mention inutile) (Nom)

- Sollicite un congé parental pour élever mon enfant à compter du /
(Joindre la copie de l'extrait d'acte de naissance ou du livret de famille)
- Nom et prénom de l'enfant
 - Date de naissance

Il s'agit d'une première demande / renouvellement. (rayer la mention inutile)

Sollicite ma réintégration à compter du /

Fait à, le
Signature de l'intéressé(e)

Fait à, le
Signature et cachet de l'établissement

DEMANDE DE CONGE DE PRESENCE PARENTALE

Année scolaire 2019-2020

RENSEIGNEMENTS D'ORDRE GENERAL

Nom d'usage : Nom patronymique :

Prénom : Date de naissance :

Corps / Grade : Discipline

EPLÉ d'affectation ⁽¹⁾ :

.....

A titre définitif A titre provisoire

Adresse personnelle :

Téléphone

(1) Indiquer l'établissement d'exercice et, le cas échéant, l'établissement où s'effectue le complément de service

Je soussigné(e) M/Mme

(rayer la mention inutile)

(Nom)

(Prénom)

Sollicite un congé de présence parentale pour m'occuper de mon enfant dont l'état de santé nécessite ma présence et des soins contraignants.

- Nom et prénom de l'enfant:
- Date de naissance de l'enfant:.....

Pièces à joindre à la demande :

- Certificat médical attestant de la gravité de la maladie, du handicap ou de l'accident ainsi que le caractère indispensable d'une présence soutenue et de soins contraignants.
- Calendrier mensuel des journées de présence parentale (lettre manuscrite de l'intéressé(e))
- Emploi du temps de l'intéressé(e) établi par le chef d'établissement

Fait à, le
Signature de l'intéressé(e)

Fait à, le
Signature et cachet de l'établissement

LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES A FOURNIR

Année scolaire 2019-2020

<u>Temps partiel de droit</u>	
<i>Après la naissance d'un enfant de moins de 3 ans ou adoption</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Extrait d'acte de naissance ou d'adoption de l'enfant - Document attestant du lien unissant l'agent à l'enfant au titre duquel la demande est formulée
<i>Pour donner des soins à son conjoint, enfant ou ascendant atteint d'un handicap, victime d'un accident grave ou d'une grave maladie</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Certificat médical attestant de la gravité (à renouveler tous les 6 mois) - Carte d'invalidité - Document justifiant le versement de l'allocation pour adultes handicapés et/ou de l'indemnité compensatrice pour tierce personne, - Dans le cas d'un enfant handicapé : document prouvant le versement de l'allocation d'éducation spécialisée - Document attestant de la qualité de conjoint ou de lien unissant l'agent aux Enfants ou à l'ascendant
<i>En situation de handicap</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) ou toute pièce justificative attestant d'une demande de RQTH en cours
<i>Pour création/reprise d'entreprise</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Déclaration de création ou de reprise d'entreprise
<u>Disponibilité de droit</u>	
<i>Pour donner des soins à son conjoint, enfant ou ascendant atteint d'un handicap, victime d'un accident grave ou atteint d'une grave maladie</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Certificat médical attestant de la gravité (à renouveler tous les 6 mois) - Carte d'invalidité - - Document justifiant le versement de l'allocation pour adultes handicapés Et/ou de l'indemnité compensatrice pour tierce personne - Dans le cas d'un enfant handicapé : document prouvant le versement de l'allocation d'éducation spécialisée – - Document attestant de la qualité de conjoint ou de lien unissant l'agent aux enfants ou à l'ascendant
<i>Pour élever un enfant de moins de 8 ans</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Photocopie du livret de famille - Document attestant du lien unissant l'agent à l'enfant au titre duquel demande est formulée
<i>Pour suivre son conjoint ou le partenaire auquel il est lié par un PACS</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Attestation récente de l'employeur du conjoint (partenaire) justifiant que celui-ci est astreint à établir sa résidence habituelle, en raison de sa profession, en un lieu éloigné du lieu d'exercice du fonctionnaire - document attestant de la qualité de conjoint ou partenaire
<u>Congé parental</u>	
	<ul style="list-style-type: none"> - Document attestant du lien unissant l'agent au titre duquel la demande est formulée
<u>Congé de formation professionnelle</u>	
	<ul style="list-style-type: none"> - Lettre de motivation - Document attestant du volume horaire de la formation souhaitée