



DEMANDE D'AUTORISATION PREALABLE DE CUMUL D'ACTIVITES

Toutes les rubriques sont à compléter précisément

Je soussigné(e) NOM : Prénom :

Adresse personnelle :

Code postal/ville Adresse électronique

Téléphone personnel : Fonctions exercées :

Etablissement d'exercice :

Ville : Echelle de rémunération :

Discipline :

Maître contractuel Maître Délégué CDD ou CDI Stagiaire (*) *(cochez la case correspondante)*

Vous exercez ces fonctions *(cochez la case correspondante)* :

A temps complet A temps incomplet A temps partiel

A temps partiel pour retraite progressive(*) A temps partiel thérapeutique ou bénéficiant d'un allègement de service (*)
En Congé de Formation Professionnelle rémunéré (*)

(*) le cumul n'est pas autorisé dans ce cas

Nombre d'heures de cours hebdomadaire :/..... dont : heures supplémentaires (2019 – 2020)

Demande l'autorisation d'exercer les fonctions secondaires suivantes :

► Nature de l'activité secondaire *(cochez la case correspondante)*

Enseignement, Formation : Précisions :

Autres : Précisions (nature de l'activité accessoire).....

► Organisme concerné public privé

Nom et adresse :

► Statut occupé dans l'activité secondaire :

- 1ère demande de cumul
- Renouvellement et date de la 1^{ère} demande (année ?)

► Période et durée de l'activité :

► Horaires approximatifs de l'activité :

Nombre d'heures : hebdomadaire

annuel

► Conditions de rémunération mensuelle pour cette activité :

► Conditions particulières de réalisation de l'activité (déplacements, variation saisonnière etc) :

.....

.....

.....

et déclare avoir } déposé une demande pour un autre cumul, au titre de la même année scolaire
 ne pas avoir } (2021-2022)

En cas de réponse positive, décrire précisément ces activités correspondant à cet autre cumul déjà autorisé (caractère public ou privé, durée, périodicité et horaires approximatifs...)

.....

.....

.....

.....

Fait à _____ le _____
Signature

Toute demande incomplète sera retournée

Cadre réservé à l'établissement : Avis obligatoire

Avis obligatoire **-et motivé dans le cas d'un « avis défavorable »** du chef d'établissement sur la compatibilité de cette activité avec le service d'enseignement

Date, signature et cachet de l'établissement

Cadre réservé au Rectorat : Décision

- cumul autorisé
- cumul refusé
- vu et pris connaissance

Date, signature de l'autorité académique