



Demande d'autorisation d'exercice des fonctions  
à **TEMPS PARTIEL SUR AUTORISATION**  
Année scolaire 2023 – 2024

**Annexe 1**

**Rectorat**

Division  
de l'enseignement privé

Tel. : 02 40 14 63 50

Mel : ce.dep@ac-nantes.fr

8 rue du Général  
Margueritte  
B.P. 72616  
44326 NANTES Cedex 3

Je soussigné(e).....Nom de naissance : .....

affectation (indiquer l'établissement- ville – département)  
.....  
.....

en qualité de  contractuel  délégué auxiliaire      échelle de rémunération.....  
discipline.....

**bénéficie d'un temps partiel sur autorisation et souhaite l'interrompre à la rentrée 2023**

**souhaite exercer à temps partiel sur autorisation durant l'année scolaire 2023 – 2024**

il s'agit <sup>1</sup>       d'une première demande  
 d'un renouvellement de temps partiel  
 d'une modification de quotité

Je souhaite exercer selon une quotité de service **hebdomadaire** de .....heures/.....

*La quotité de service s'exprime en heures entières sur le maximum de service y compris les majorations et réductions, elle ne doit pas correspondre à un nombre d'heures inférieur à 50% ni supérieur à 90% du temps complet*

je souhaite exercer mon service dans un **cadre annuel**, à<sup>1</sup> :  
 50%       60%       70%       80%       90%      de l'ORS

selon le mode : .....semaines à .....heures et .....semaines à .....heures  
(voir circulaire page 9 et 10/13 )

je souhaite exercer mon service dans un **cadre annualisé**.  
(Joindre courrier avec avis exprès du chef d'établissement)

Si je dépose une demande de mutation, **je confirmerai cette demande** de temps partiel sous couvert du directeur de mon nouvel établissement, dès réception de l'avis d'affectation.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

**AVIS DU CHEF D'ETABLISSEMENT sur la compatibilité de la demande avec l'organisation des services dans l'établissement**

Favorable      pour une quotité de .....heures/.....

(joindre sur papier libre l'organisation du service proposé : détail de la répartition horaire, le cas échéant, ventilé par établissement et par discipline)

Défavorable      Motif : .....

Effectué <sup>1</sup> :       dans un **cadre hebdomadaire** (nombre entier d'heures hebdomadaires)  
 effectué dans un **cadre annuel** tel qu'il est indiqué ci-dessus.

Date :..... Signature : \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> cocher la case correspondante