

RECTORAT

DPEP

Tél : 02 62 48 14 85

Mél : [dpep.secretariat@ac-reunion.fr](mailto:dpep.secretariat@ac-reunion.fr)

24 Avenue Georges Brassens

CS 71003

97743 ST DENIS CEDEX 9

## DEMANDE DE TEMPS PARTIEL ou DE REPRISE A TEMPS COMPLET ANNEE SCOLAIRE 2024-2025

Document à utiliser pour toute demande hors campagne et en cours d'année scolaire. A transmettre à la circonscription de rattachement pour envoi à la DPEP, après visa de l'inspecteur ou de l'inspectrice.

Je soussigné (e)

Nom d'usage : .....

Prénom : .....

Ecole d'affectation : .....

Mail professionnel ([.....@ac-reunion.fr](mailto:.....@ac-reunion.fr)) : .....

Sollicite pour l'année scolaire 2024-2025 :

### Un temps partiel de Droit

Première demande

Renouvellement

A l'occasion d'une naissance jusqu'au troisième anniversaire de l'enfant ou d'une adoption jusqu'à un délai de 3 ans à compter de l'arrivée de l'enfant.

Soins à donner à un membre de sa famille

Personnels en situation de handicap (relevant des catégories visées aux 1°, 2°, 3°, 4°, 9°, 10° et 11° de l'article L5212-13 du code du travail (BOE : bénéficiaires de l'obligation d'emploi)

Demande de congé de proche aidant sous forme de temps partiel

Congé de solidarité

### Un temps partiel sur autorisation

Première demande

Renouvellement

Pour création ou reprise d'entreprise

Pour convenances personnelles

Fin de droits à temps partiel thérapeutique

**Les modalités d'organisation et les quotités souhaitées sont à renseigner en page 2 →**

**Attention : les quotités demandées ne sont pas de droit (sous réserve de nécessités et de continuité de service)**

### Une reprise à temps complet

Préciser la date de reprise : .....

<input type="checkbox"/> Hebdomadaire		<input type="checkbox"/> Annualisé	
<input type="checkbox"/> 50 %	<input type="checkbox"/> 75 %	<input type="checkbox"/> 50 %	<input type="checkbox"/> 80 %
Cocher 2 jours libérés :  <input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi	Cocher 1 jour libéré :  <input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi	Une période d'inactivité correspondant à 50% de la <b>période restant à travailler jusqu'à la fin de l'année scolaire</b> , vient prolonger le congé ouvrant droit à l'exercice des fonctions à temps partiel. A l'issue de cette période d'inactivité, l'enseignant reprend ses fonctions à temps complet	Une période d'inactivité correspondant à 50% de la <b>période restant à travailler jusqu'à la fin de l'année scolaire</b> , vient prolonger le congé ouvrant droit à l'exercice des fonctions à temps partiel. A l'issue de cette période d'inactivité, l'enseignant reprend ses fonctions à temps complet

**Surcotisation :**

Je demande à bénéficier des dispositions de l'article 2 du décret n°2003-1307 du 26 décembre 2003, prévoyant le décompte de la période de travail à temps partiel comme une période de travail à temps plein, pour le calcul de la pension, à compter de la date de début d'exercice à temps partiel

OUI :

NON :

Observations éventuelles :

A \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_ Signature de l'intéressé (e)

**PARTIE RESERVEE A L'INSPECTEUR ou L'INSPECTRICE de l'EDUCATION NATIONALE**
  
**Déclare avoir pris connaissance de la demande de l'intéressé (e)**

Observations et/ou avis sur la demande, portés à la connaissance de l'administration, le cas échéant :

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ Cachet et signature