MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE

INDEMNITÉ DE SUJETIONS SPÉCIALES
DUE AUX ENSEIGNANTS DU SECOND DEGRÉ TITULAIRES
CHARGÉS DE REMPLACEMENT (CODE 702)
Décret n° 89-823 du 9 novembre 1989
Chapitre budgétaire 0141

M. Mme :……...

N° INSEE :……
(OBLIGATOIRE)

TITULAIRE EN ZONE DE REMPLACEMENT (zone à préciser) : ……..

Disicpline : …….....

Etablissement de rattachement : ……....

Code établissement (RNE): 974 …… ***(OBLIGATOIRE)***

Adresse exacte de l'établissement de rattachement : ……
……

Chargé(e) d'un remplacement à l'établissement : ……..……..……..……..……..…….……..…..

CODE ÉTABLISSEMENT (RNE): 974 …… (OBLIGATOIRE)

Adresse exacte de l'établissement où s'est effectué le remplacement : ……
……

Nom de l'agent remplacé :……

Motif : ☐ **Maladie** ☐ **CLM** ☐**CLD :** **Autre :** …… (préciser)

A exercé dans cet établissement du …….. **au** ……..

Absences éventuelles de la / du titulaire remplaçant(e)
du …….. **au** ……..
du …….. **au** ……..
du …….. **au** ……..

Distance de l'établissement de rattachement au lieu où s'effectue le remplacement : ……
réservé à l'administration

Emploi du temps assuré :

Lundi : ……..……..……..……... **Jeudi:** ……..……..……..……..…
Mardi : ……..……..……..……..… **Vendredi :** …..……..……..……..
Mercredi : ……..……..……..……... **Samedi :** ……..……..……..……

A …… **Le :** ……..

Vu et certifié exact Le chef d'établissement Etablissement de rattachement *cachet et signature obligatoires*	Vu et certifié exact Le chef d'établissement Etablissement de remplacement *cachet et signature obligatoires*	La / Le titulaire remplaçant(e) *signature obligatoire*

IMPRIMÉ A RETOURNER AU RECTORAT (DPES 4) SANS AUTRES PIECES COMPLEMENTAIRES
(Tout imprimé incomplet ou mal renseigné ne pourra être traité par le service compétent)