|  |  |
| --- | --- |
| **Rectorat de l’académie de Créteil**  **DPE2**  **Bureau**  **D256**  **Affaire suivie par :**  **Elodie NOËL**  **Tél : 01 57 02 61 33**  **Mél :** [**elodie.noel@ac-creteil.fr**](mailto:elodie.noel@ac-creteil.fr)  **4, rue Georges-Enesco 94 010 Créteil Cedex**  **www.ac-creteil.fr** | **CAMPAGNE DE TEMPS PARTIEL ANNÉE SCOLAIRE 2022 - 2023**  **DES AGENTS CONTRACTUELS**  **ENSEIGNANTS, CPE, PSYEN** |

Annexe 1  
Circulaire n° 2022 - 020

FORMULAIRE TEMPS PARTIEL – année scolaire 2022-2023

**À retourner complété et signé avant le 31 mars 2022, délai de rigueur :**

**- par voie numérique uniquement, à l’adresse :** [**elodie.noel@ac-creteil.fr**](mailto:elodie.noel@ac-creteil.fr)

**- indiquer en objet : CAMPAGNE TEMPS PARTIEL 2022-2023**

***(MERCI DE N’ASSOCIER AUCUNE AUTRE ADRESSE ÉLECTRONIQUE À VOTRE ENVOI)***

NOM d’usage : ………………………………………….........................Prénom : ……………………………….......…..

Date de naissance : ……/……/…………Discipline de recrutement : …………………………………………..............

Merci de cocher la situation correspondant à votre demande :

**[ ] REINTEGRATION à temps plein à compter du 1er septembre 2022**

**[ ] TEMPS PARTIEL DE DROIT (préciser)**

**[ ]** à l’occasion de la naissance d’un enfant et jusqu’à son 3ème anniversaire (joindre une copie du livret de famille ou de l’acte de naissance de l’enfant) ou à l’occasion de l’adoption d’un enfant jusqu’au 3ème anniversaire de son arrivée dans le foyer **(joindre des justificatifs permettant de vérifier le respect des conditions) ;**

**[ ]** pour les personnes relevant de certaines catégories visées à l’article L.5212-13 du code du travail, notamment les personnes en situation de handicap, après avis du médecin de prévention **(joindre des justificatifs permettant de vérifier le respect des conditions) ;**

**[ ]** pour donner des soins à son conjoint (marié, lié par un PACS ou concubin), à son enfant à charge et âgé de moins de 20 ans 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 **(joindre des justificatifs permettant de vérifier le respect des conditions).**

**[ ] TEMPS PARTIEL POUR CONVENANCES PERSONNELLES**

**[ ] RENOUVELLEMENT à l’issue de 3 années de temps partiel**

**Pour une 1ère demande ou un renouvellement, merci d’indiquer la quotité souhaitée :**

* pour les agents exerçant des fonctions d’ENSEIGNEMENT, conformément à la réglementation :

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **[ ]** 9h | **[ ]** 10h | **[ ]** 11h | **[ ]** 12h | **[ ]** 13h | **[ ]** 14h | **[ ]** 15h | **[ ]** 16h |

* pour les agents exerçant des fonctions d’ORIENTATION, d’ÉDUCATION ou de DOCUMENTATION, conformément à la réglementation

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **[ ]** 50% | **[ ]** 60% | **[ ]** 70% | **[ ]** 80% | **[ ]** 90% |

Fait à ………………, le ……/……/…………

Signature de l’intéressé :