

Année scolaire 2019-2020

**Demande de réintégration à temps complet
ou de modification de quotité de travail à temps partiel.**

Je soussigné(e) :

NOM :

PRENOM :

GRADE :

DISCIPLINE :

ETABLISSEMENT D'AFFECTION :

sollicite, pour l'année scolaire 2019-2020 :

ma réintégration à temps complet dans mes fonctions

la modification de ma quotité hebdomadaire d'exercice des fonctions à temps partiel
(veuillez indiquer la quotité hebdomadaire souhaitée)

avec sur-cotisation

sans sur-cotisation

Fait à, le

Signature

VISA ET AVIS DU CHEF D'ETABLISSEMENT D'AFFECTION :