

DEMANDE DE TRAVAIL À TEMPS PARTIEL SUR AUTORISATION

NOM : Prénom : Titulaire
Grade :

Adresse :

Affectation :
CIRCONSCRIPTION :

Préciser la quotité souhaitée

RÉPARTITION HEBDOMADAIRE

- 50 % hebdomadaire
 75 % (6 demi-journées)

RÉPARTITION ANNUELLE

- 50 % annualisé*

Le cas échéant, NOM du collègue avec lequel vous souhaitez travailler et sur quel poste ?
(joindre une lettre signée conjointement) :

Alternance en 2 périodes égales travaillées : 1^{re} période du 01/09/2010 au 31/01/2011
2^e période du 01/02/2011 au 31/08/2011

Au cas où l'annualisation ne pourrait être mise en œuvre :

- maintien de la demande de temps partiel à 50 %
 annulation de la demande

À le/...../..... Signature de l'intéressé(e) :

Avis et signature de l'Inspecteur de circonscription : Date :	Décision de l'Inspecteur d'Académie : Claude PICANO
--	--

*LE TEMPS PARTIEL ANNUALISÉ NE POURRA ÊTRE ACCORDÉ QUE SOUS RÉSERVE DES NÉCESSITÉS DE SERVICE (note de service n°2004-029 du 16-02-04 –BOEN n°9 du 26 février 2004)