|  |  |
| --- | --- |
| 2020_logo_DSDEN51Division des personnels | **A****FORMULAIRE DE DEMANDE DE TEMPS PARTIEL****Année scolaire 2025-2026***1 exemplaire à transmettre directement à la DSDEN de la Marne - Division des Personnels par mail à l’adresse :* *dp51-mvt1d@ac-reims.fr****pour le 31 mars 2025*** *et une copie sera adressée à votre circonscription de rattachement pour information*  |
| NOM :  | PRENOM :  |
| ADRESSE :  |
| Affectation 2024/2025 |
| Ecole ou établissement :  | Circonscription : |
| Poste occupé :  |
| 🞏 Adjoint maternelle ou élémentaire | 🞏 Poste composé |
| 🞏 Remplaçant (Brigade départementale, ASH ou formation continue / ZIL) | 🞏 Adjoint spécialisé |
| 🞏 Directeur | 🞏 Maître formateur |
| 🞏 Autre :  |
| 🞏 Nomination à titre **DEFINITIF** | **OU** | 🞏 Nomination à titre **PROVISOIRE** |
| Type de demande |
| 🞏 Première demande  | 🞏 Modification de quotité de temps partiel |
| 🞏 Renouvellement de temps partiel pour 2025-2026 **(\*)** | (Quotité de travail en 2024-2025 : \_\_\_\_\_\_ %) |
| **(\*) les enseignants en tacite reconduction doivent OBLIGATOIREMENT remplir ce questionnaire.** |
| Demande de temps partiel de droit |
| 🞏 Pour élever un enfantNom et prénom de l’enfant :Date de naissance :🞏 ***en congé maternité lors de la rentrée 2025******Date du congé :***  | 🞏 enseignant bénéficiaire de l’obligation d’emploi (\*\*) |
| Pour donner des soins à 🞏 un conjoint (\*\*),🞏 un enfant (\*\*)🞏 à un ascendant (pour être considéré comme proche aidant, demander le plan d’aide établi par le conseil départemental qui évite un placement en EHPAD et joindre les justificatifs correspondants)(\*\*) (**joindre obligatoirement toutes les pièces justificatives correspondantes)** |
| Quotité de travail demandée :🞏 **80 %** (une journée libérée par semaine – la quotité financière est de 85,7 %) 🞏 **50%** (deux journées libérées par semaine)🞏 **75%** (une journée libérée par semaine – la quotité financière est de 75%) |

Page 1/2

|  |
| --- |
| Demande de temps partiel sur autorisation |
| Quotité de travail demandée :🞏 **50 %** (deux journées libérées par semaine)🞏 **75 %** (une journée libérée par semaine)***IMPORTANT : Toute demande au titre de problèmes médicaux de l’agent est considérée comme une demande sur autorisation.******L’agent devra au préalable consulter le médecin du travail du rectorat afin que celui-ci émette un avis quant à la nécessité d’un travail à temps partiel.*** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Demande de temps partiel sur autorisation en vue d’une retraite progressive (rayer la mention inutile)** | **OUI** | **NON** |

|  |
| --- |
| Demande de temps partiel annualisé à 50% |
| 🞏 période travaillée du 1er septembre 2025 au 31 janvier 2026  |
| 🞏 période travaillée du 1er février 2026 au 4 juillet 2026  |
| 🞏 J’accepte, si besoin, de modifier ma période travaillée |

|  |
| --- |
| Demande de réintégration à 100% |
| 🞏 Je souhaite réintégrer à temps complet à compter au 1er septembre 2025 |

|  |
| --- |
| Demande à surcotiser |
| **🞏** oui **🞏** non |

 **Il convient de compléter ce document avec la plus grande attention. Aucune modification ne sera prise en compte après le 31 mars 2025.**

A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ 2025

Signature obligatoire

Page 2/2