***ANNEXE 2***

**2024**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **DEMANDE DE TEMPS PARTIEL DE DROIT** |

**Division de l’enseignement prive**

**Normandie**

**département : □ Calvados □ Manche □ Orne □ Eure □ Seine-Maritime (Cocher la case correspondante)**

**MAITRES DES ÉTABLISSEMENT PRIVÉS 1er DEGRÉ**

**(Cocher les cases utiles et compléter les cadres correspondants**)

❑ 1ère demande ❑ renouvellement ❑ changement de quotité

|  |  |
| --- | --- |
| ❑ M. ❑ Mme  Nom d'usage Nom de famille \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Prénom Date de naissance |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  Echelle de rémunération 🞏 Instituteur 🞏 Professeur des écoles 🞏 Maître délégué  Etablissement d'affectation \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Commune :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Mode d’affectation : 🞏 provisoire 🞏 définitif | |
| **RÉGIMES DE TEMPS PARTIEL**  Je sollicite le bénéfice du travail à temps partiel | |
| ❑ **de droit à l'occasion de la naissance ou de l'adoption d'un enfant**  quotité souhaitée ❑ 50 % ❑ 62,5 % ❑ 75 % ❑ 80 %  à compter du : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| jusqu'à la fin de l'année scolaire 2023/2024\*  au titre de l'enfant :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Né (e) le : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  (prénom) (date de naissance ou d'adoption) **\*Je note que ce temps partiel cesse le jour du 3ème anniversaire de l'enfant, ou en cas d'adoption, le jour de l'échéance du délai de 3 ans à compter de l'arrivée au foyer de l'enfant adopté.** |

|  |
| --- |
| ❑ **de droit pour donner des soins** (joindre les pièces médicales justificatives)  quotité souhaitée ❑ 50 % ❑ 62,5 % ❑ 75 % ❑ 80 %  à compter du : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  au titre : du conjoint ❑  d'un enfant à charge ❑ Nom/Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date de naissance : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  d'un ascendant ❑ Qualité : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (père – mère) |

❑ **de droit AU TITRE DU HANDICAP** (joindre les pièces justificatives)

Quotité souhaitée ❑ 50 % ❑ 62,5 % ❑ 75 % ❑ 80 %

à compter du : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

|  |  |
| --- | --- |
| Date  Signature de l'intéressé(e) | **Visa du chef d’établissement**  **Date**  **Signature et cachet obligatoire** |