

**DEMANDE DE SERVICE A TEMPS PARTIEL OU DE REPRISE A TEMPS COMPLET  
ANNEE SCOLAIRE 2024-2025**

PSEP

**ANNEXE B**

Tous les personnels qui sollicitent un service à temps partiel hebdomadaire ou annualisé, y compris une reconduction ou une reprise à temps complet doivent renvoyer cet imprimé **uniquement par voie électronique à l'adresse : dsden14-psep3@ac-normandie.fr pour le 29 janvier 2024 délai de rigueur.**

Je soussigné(e) Nom : ..... Prénom : .....

Poste occupé et circonscription : .....

Sollicite une reprise à temps complet, à compter du 01/09/2024.

Sollicite le bénéfice d'un temps partiel.

Nouvelle demande     Tacite reconduction

**Organisation :**

Hebdomadaire     Annualisée     Période travaillée en début d'année scolaire.  
 Période non travaillée en début d'année scolaire.

**Quotité :**

50%     60% (1) \*     70% (1) \*     75%     80% (2) \*

(1) Uniquement pour les demandes de temps partiel de droit.

(2) Les demandes de temps partiel hebdomadaire d'une quotité supérieure à 75% seront instruites après mouvement.

\* Les quotités exactes sont calculées en fonction des horaires de l'école et au prorata de la durée effective du service.

**Informations diverses :**

Je serai en congé de maternité à la rentrée (2) :     NON     OUI Jusqu'au : .....

Je serai en congé parental à la rentrée (2) :     NON     OUI Jusqu'au : .....

Je participerai au mouvement :     NON     OUI

Journée(s) libérée(s) souhaitée(s), à titre indicatif : .....

(2) Dans l'affirmative, votre demande sera examinée au terme de votre congé.

**Temps partiel de droit :**

Pour élever un enfant de moins de trois ans - Né le : .....

Mon enfant atteindra l'âge de 3 ans durant l'année scolaire 2024-2025 :

Je souhaite poursuivre mon temps partiel de droit par un temps partiel sur autorisation.

Je souhaite réintégrer mes fonctions à temps complet à l'issue de mon temps partiel de droit.

Pour adoption - Date d'arrivée : .....

Au titre de Bénéficiaire de l'Obligation d'Emploi (Joindre le justificatif MDPH si non transmis).

Pour donner des soins à son conjoint, à un enfant à charge ou à un ascendant (accident, handicap, maladie grave)  
(Joindre les justificatifs).

**Temps partiel sur autorisation :**

(Joindre **impérativement** à votre demande **un courrier argumenté**, à l'attention de madame la directrice académique, **accompagné des justificatifs utiles à l'instruction de votre demande.**)

Le : .....

Signature :

**Partie réservée au service gestionnaire.**

Décision favorable DASEN     Décision défavorable DASEN

Quotité travaillée : .....%     Hebdomadaire     Annualisée