***ANNEXE 2***

**2024**

|  |  |
| --- | --- |
|   | **DEMANDE DETEMPS PARTIELDE 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 déléguéEtablissement 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 : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

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