ACADÉMIE DE NORMANDIE
Liberté
Égalité
Fraternité

Direction des services départementaux de l'éducation nationale du Calvados

DEMANDE DE SERVICE A TEMPS PARTIEL ANNEE SCOLAIRE 2026/2027

PSEP

Annexe D bis

Tous les personnels qui sollicitent un service à temps partiel hebdomadaire ou annualisé doivent renvoyer cet imprimé

uniquement par voie électronique à l'adresse : dsden14-psep3@ac-normandie.fr

pour le 5 mai 2026 délai de rigueur.

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

Sollicite le bénéfice d'un temps partiel et :

☐ **Je souhaite surcotiser**(3) ☐ **Je ne souhaite pas surcotiser**(3)

Organisation :

❒ Hebdomadaire ❒ Annualisée avec une période travaillée : ❍ en début d'année scolaire ❍ en fin d'année scolaire

Informations diverses :

Je serai en congé de maternité à la rentrée *(1)*	:	❒ NON	❒ OUI	Jusqu'au :	.....	inclus
Je serai en congé parental à la rentrée *(1)*	:	❒ NON	❒ OUI	Jusqu'au :	.....	inclus

Journée(s) libérée(s) souhaitée(s), à titre indicatif : .....
(journée arrêtée en concertation avec vos collègues)

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

❒ **Temps partiel de droit** : Quotité : ❍ 50% ❍ 60% * ❍ 70% * ❍ 75% ❍ 80% *(2)* * *(voir note départementale)*

***(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.*

- ❒ Pour élever un enfant de moins de trois ans - *Né le :* .....
  Mon enfant atteindra l'âge de 3 ans durant l'année scolaire 2026-2027 :
  - ❍ 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*).(3)
- ❒ Pour donner des soins à son conjoint, à un enfant à charge ou à un ascendant (accident, handicap, maladie grave) (*Joindre les justificatifs*). (3)

❒ **Temps partiel sur autorisation** (3): Quotité : ❍ 50% ❍ 75% ❍ 80% *(2)* * (*voir note départementale)*

*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.***

***(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.*

Le :.....

(3) : *possibilité de surcotiser – voir annexe C* Signature :

Partie réservée au service gestionnaire

☐ Décision favorable DASEN ☐ Décision défavorable DASEN

Quotité travaillée : ..... % ☐ Hebdomadaire ☐ Annualisé :