

**DEMANDE DE TEMPS PARTIEL DE DROIT**  
**Rentrée scolaire 2020-2021**

Première demande

Renouvellement

Je soussigné(e) (Nom, Prénom) : .....

<p><b>Corps :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Instituteur    <input type="checkbox"/> Professeur des Écoles</p> <p><b>En qualité de contractuel ou agréé :</b></p> <p><input type="checkbox"/> définitif    <input type="checkbox"/> provisoire</p>	<p><b>Affectation :</b></p> <p>N° d'établissement : 072 .....</p> <p>Nom et adresse de l'établissement : ..... .....</p> <p><input type="checkbox"/> sous contrat d'association <input type="checkbox"/> sous contrat simple</p>
---	--

**Demande à bénéficier d'un temps partiel de droit**

pour élever un enfant de moins de 3 ans (*extrait d'acte de naissance ou copie du livret de famille*)

Date naissance dernier enfant : ...../...../..... ou adoption le : ...../...../.....

Si votre enfant atteint l'âge de **3 ans pendant l'année scolaire 2020-2021**, vous souhaitez :

reprendre à temps plein (uniquement pour les quotités accordées par répartition hebdomadaire : 50 %, 75 %)

maintien de la même quotité en temps partiel sur autorisation à compter du .....

pour donner des soins à un enfant, un conjoint ou un ascendant malade ou handicapé (joindre le justificatif).

au titre d'un handicap aux personnels bénéficiaires de l'obligation d'emploi (*reconnaissance travailleur handicapé*).

**Date limite de dépôt :**  
**31 mars 2020**

1 exemplaire à envoyer à  
D.S.D.E.N.  
DRH 3- Enseignement privé  
19, boulevard Paixhans  
CS 50042  
72071 LE MANS Cedex 9

1 exemplaire à transmettre à  
D. D.E.C. 72  
Maison Saint Julien  
Service 1<sup>er</sup> degré  
C.S. 61637  
26 rue Albert Maignan  
72016 LE MANS CEDEX 2

Quotités	Semaine de 4 jours	Temps partiel annualisé
<b>50 %</b>	<input type="checkbox"/> 36 semaines à 2 jours  <b>2 jours libérés</b>	<p><i>Périodes travaillées :</i></p> <p><input type="checkbox"/> du 01/09/2020 au 29/01/2021 <input type="checkbox"/> du 01/02/2021 au 31/08/2021</p>
<b>75 %</b>	<input type="checkbox"/> 36 semaines à 3 jours  <b>1 jour libéré toute l'année</b>	
<b>80 %</b>	<input type="checkbox"/> 29 semaines à 3 jours + 7 semaines à 4 jours  <b>du 01/09/2020 au 19/10/2020 à temps complet</b>	

Participation aux opérations de mutations  **Oui**  **Non**

Ayant sollicité une demande de mutation, je confirmerai cette demande de temps partiel sous couvert du nouveau Chef d'Établissement après l'obtention.

<p>Observations du chef d'établissement sur l'organisation du service</p> <p><input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable</p> <p>A _____, le _____ Signature</p>	<p>A _____, le _____ Signature de l'intéressé(e)</p>
---	--