

Demande de temps partiel

Formulaire de demande destiné aux seuls agents ayant une affectation définitive
en établissement ou en zone de remplacement

Je soussigné(e).....

Discipline :

Agrégés Certifiés PLP PEPS PSYEN CPE PECG

Affecté(e) à titre définitif en 2020-2021 à :

Nom et n° de l'établissement ou de la zone.....

- souhaite durant l'année scolaire 2021-2022 exercer pour une quotité de :

Enseignants
 heures

Personnels d'éducation, de documentation PSYEN
 pourcentage

Dans le cadre d'un temps partiel :

de droit (Joindre les pièces justificatives)

suite à naissance ou adoption

Date de naissance ou d'adoption :

Si le temps partiel prend fin en cours d'année (3 ans de l'enfant) j'ai pris note du fait que l'année en cours sera terminée en temps partiel sur autorisation sauf demande expresse de ma part :

à l'issue du 3^{ème} anniversaire de mon enfant (le.....) je souhaite reprendre le travail à temps plein.

pour apporter des soins à un proche

pour handicap

sur autorisation *

ai formulé une demande auprès de la caisse nationale d'allocations familiale (CAF), dans le cadre de la PAJE et souhaite exercer un service correspondant à une quotité :

Strictement égale à 50%

Comprise entre + de 50 et 80%

Demande à travailler dans le cadre d'un temps partiel annualisé

Période travaillée du Au :

Période non travaillée du Au :

J'ai pris note du fait que je pouvais être sollicité(e) en cas de nécessité pour participer aux examens y compris si je suis en période non travaillée.

Si le temps partiel annualisé ne peut être accordé :

Je maintiens ma demande
de temps partiel

J'annule ma demande
de temps partiel

Pour une quotité de :

Vous pouvez, si vous le souhaitez, indiquer la motivation de votre demande de temps partiel à organisation hebdomadaire ou annualisé par un courrier que vous joindrez à ce formulaire.

Date et signature de l'intéressé(e) :

Avis du chef d'établissement ** :

Favorable

Défavorable ***

Demande Prioritaire

Demande Non prioritaire

Le cas échéant, avis du chef d'établissement sur la quotité de repli demandée en cas de refus du temps partiel annualisé :

Favorable

Défavorable***

Date et signature :

Vu et pris connaissance
l'intéressé(e)

Cachet de l'établissement

* Si la demande de temps partiel sur autorisation concerne la création ou la reprise d'une entreprise joindre l'annexe E

** uniquement pour les agents affectés en établissement

*** joindre obligatoirement le compte rendu de l'entretien (annexe C).

DEMANDE DE REPRISE D'ACTIVITE A TEMPS PLEIN

Formulaire destiné aux titulaires affectés à titre définitif en établissement ou sur zone de remplacement

Important : Aucune saisie ne doit être effectuée dans le module GIGC

Je soussigné(e).....

Corps :

Agrégés Certifiés PLP PEPS PSYEN CPE PEGC

Discipline :

Affecté(e) à titre définitif en 2020-2021 au :

Nom de l'établissement ou de la zone:

.....

N° de l'établissement ou de la zone :

Pour une quotité de :/.....

Souhaite reprendre une activité à temps plein pour l'année scolaire 2021-2022

Vu et pris connaissance

Ale Ale

Signature de l'intéressé(e)

Signature du chef d'établissement

Le temps complet est de droit. Le chef d'établissement n'a donc pas à émettre un avis sur la demande.

En revanche, il lui appartient d'examiner les conséquences de cette reprise d'activité à temps plein sur les moyens consacrés à la discipline concernée.

TEMPS PARTIEL
COMPTE RENDU D'ENTRETIEN

Je soussigné(e).....

Déclare émettre un avis défavorable à la demande de :

- travail à temps partiel sur autorisation
- à la quotité du temps partiel (quotité de repli proposée :)
- annualisation du temps partiel

présentée pour l'année scolaire 2021-2022 par (nom, prénom, grade et discipline) :

.....
.....

Motivation de l'avis défavorable :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

L'intéressé(e) a été informé(e) de cet avis défavorable et de sa motivation lors de l'entretien du
(date) :

Vu et pris connaissance le :

date :

Signature de l'intéressé(e)

Signature du chef d'établissement
et cachet de l'établissement

Toute pièce utile, qui aura été portée à la connaissance de l'intéressé(e) peut être jointe à ce document

Demande de surcotisation pour la retraite dans le cadre d'un temps partiel pour 2021-2022

Nom :

Prénom :

Corps :

 Agrégés Certifiés PLP PEPS PSYEN CPE PEGC

Discipline :

Etablissement d'affectation ou zone :

Je choisis de surcotiser pour la retraite pour l'année 2021-2022.

J'ai pris note du fait que, si je renonce, **pour des motifs exceptionnels**, à surcotiser en cours d'année, je ne pourrai pas obtenir le reversement des sommes déjà versées.

Les taux de retenue pour surcotisation (*) connus actuellement sont à compter du 01/01/2020 de :

Du 01/01/2020

- 50 % soit un taux de cotisation de 22,25%
- 60 % soit un taux de cotisation de 20,02%
- 70 % soit un taux de cotisation de 17,79%
- 80 % soit un taux de cotisation de 15,56%
- 90 % soit un taux de cotisation de 13,33%
- Taux cotisation unique de..... 11,10% (handicapés) à compter du 01.01.2020
- Autre quotité (à préciser) :

Le taux de sur cotisation est déterminé grâce à la formule suivante :

$$(11,10 \% \times \text{quotité travaillée}) + 80\% (11,10\% + 30,65\%) \times \text{quotité non travaillée}$$

Fait à Le

Signature

A renvoyer à DPE pour le 5 février 2021

(*) Attention, ces taux sont appliqués à un traitement correspondant à un temps plein. La somme obtenue est déduite de la rémunération servie à l'agent en fonction de sa quotité de service à temps partiel.

DÉCLARATION DE CRÉATION OU DE REPRISE D'UNE ENTREPRISE DANS LE CADRE D'UN CUMUL

En remplissant ce formulaire, merci de bien vouloir explicitier au moins une fois les sigles que vous employez.

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE PERSONNELLE :

.....

.....

TÉLÉPHONE PERSONNEL :

ADRESSE ÉLECTRONIQUE PERSONNELLE : @

I.- QUELLE EST VOTRE SITUATION ACTUELLE DANS L'ADMINISTRATION ?

Cochez les cases correspondantes

1. SITUATION ADMINISTRATIVE

Vous êtes agent contractuel

Préciser le cas échéant votre catégorie :

A+ A B C

Vous êtes agent titulaire ou stagiaire

Préciser votre catégorie :

A+ A B C

Votre corps (ou cadre d'emploi) et votre grade :

.....

.....

Préciser votre quotité de travail actuelle :

(En heures et pourcentage de temps plein)

.....

2. QUELLES SONT VOS FONCTIONS DANS L'ADMINISTRATION ?

Préciser :

- l'administration ou le service auquel vous appartenez ;
- les fonctions que vous exercez actuellement (en précisant notamment les activités ou secteurs professionnels dont vous avez le contrôle ou la surveillance).

.....

.....

.....

.....

II. VOUS CRÉEZ OU REPRENEZ UNE ENTREPRISE OU UNE ACTIVITÉ PRIVÉE

1. INFORMATIONS SUR LA STRUCTURE

Nom (ou raison sociale) :

.....

.....

Adresse :

.....

.....

.....

Téléphone :

Adresse électronique :@.....

Secteur ou branche professionnelle de la structure :

.....

.....

.....

Forme sociale de l'entreprise ou de l'activité :

Exemple : auto-entreprise, SARL, SAS, activité libérale, VDI (vendeur à domicile indépendant), entreprise individuelle, association, etc.

.....

.....

ATTENTION : Pour les sociétés et associations, joindre les statuts ou les projets de statuts.

Le cas échéant, quels sont la nature et le montant des subventions publiques dont cette structure bénéficiera ?

.....

.....

<p>Rappel : seul un agent public exerçant à temps partiel peut être autorisé à exercer une activité Privée lucrative.</p>

<p>Indiquer la quotité souhaitée :</p>
--

2. QUELLE SERA VOTRE FONCTION OU VOTRE ACTIVITÉ (DESCRIPTION DÉTAILLÉE) ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

3. À QUELLE DATE EST-IL PRÉVU QUE VOUS COMMENCIEZ À EXERCER CETTE ACTIVITÉ ?

...../...../ 20.....
J M A

III. DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

NB : cette déclaration signifie que vous n'avez pas pour mission, en tant qu'agent public, de surveiller ou d'administrer l'entreprise que vous créez ou que vous reprenez (par exemple, vous n'exercez aucun contrôle fiscal sur cette entreprise, vous ne lui délivrez pas d'agrément ou de subvention...).

Je soussigné (*Nom-Prénom*)

déclare sur l'honneur ne pas être chargé, dans le cadre de mon emploi public, de la surveillance ou de l'administration de cette entreprise, au sens de l'article L. 432-12 du code pénal.

Fait à, le

Signature

Visa du chef d'établissement :

Fait à le.....

Signature