ACADÉMIE
DE NORMANDIE
Liberté
Égalité
Fraternité

ANNEXE 2

DEPARTEMENT : ☐ CALVADOS ☐ MANCHE ☐ ORNE ☐ EURE ☐ SEINE-MARITIME
(COCHER LA CASE CORRESPONDANTE)

DEMANDE DE TEMPS PARTIEL 2024
DE DROIT
(à renouveler chaque année scolaire)

MAITRES DES ÉTABLISSEMENT PRIVÉSDU SECOND DEGRÉ

(Cocher les cases utiles et compléter les cadres correspondants)

☐ **1ère demande** ☐ **renouvellement** ☐ **changement de quotité** ☐ **réintégration à temps complet**

☐ M. ☐ Mme
Nom d'usage : …… Nom de famille : ……
Prénom : …… Date de naissance |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
Echelle de rémunération : …… Discipline : ……
Qualité : ☐ contrat définitif ☐ contrat provisoire ☐ maître délégué
Etablissement d'affectation : ……

RÉGIMES DE TEMPS PARTIEL

Je sollicite le bénéfice du travail à temps partiel :

☐ **DE DROIT A L'OCCASION DE LA NAISSANCE OU DE L'ADOPTION D'UN ENFANT**
Quotité souhaitée : ☐☐ /☐☐ème
à compter du : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ jusqu'à la fin de l'année scolaire 2024/2025*
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 : ☐☐/☐☐ème à compter du : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
au titre : ☐ du conjoint ☐ d'un enfant à charge : Nom/Prénom : ……
Date de naissance : |__|__| |__|__| |__|__|__|
☐ d'un ascendant : Qualité : …… (père – mère)

Date **Signature de l'intéressé(e)**	Date et visa du chef d'établissement Signature et cachet obligatoires