

# DEMANDE DE TRAVAIL A TEMPS PARTIEL ET DE REPRISE A TEMPS PLEIN DES AGENTS DES COLLEGES

DRH  
SAP

val  
d'oise  
le département

à transmettre au service Administration du personnel 2 mois au moins avant la date d'effet : [secretariat.sap@valdoise.fr](mailto:secretariat.sap@valdoise.fr)

| 1ere demande | renouvellement | reprise à temps plein | changement de taux | Ancien taux | % |
|--------------|----------------|-----------------------|--------------------|-------------|---|
| Nom          |                |                       |                    |             |   |
| Prénom       |                |                       | Adresse            |             |   |
| Grade        |                |                       | Code postal        | Ville       |   |
| Collège      |                |                       |                    |             |   |

demande à bénéficier du régime de travail à temps partiel sur **AUTORISATION** à compter du pour une période de 6 mois 7 mois 8 mois 9 mois 10 mois 11 mois 12 mois au taux de 50 % 60 % 70 % 80 % 90 % (1) Conformément à l'article 14 du décret n° 2003-1306 du 26 décembre 2003 relatif au régime de retraite des fonctionnaires affiliés à la CNRACL demande à bénéficier, pour cette période, de la surcotisation retraite (1) oui non demande à bénéficier du régime de travail à temps partiel **de DROIT** à compter du pour une période de 6 mois 7 mois 8 mois 9 mois 10 mois 11 mois 12 mois au taux de 50 % 60 % 70 % 80 % (2) Dans l'hypothèse d'une naissance d'un enfant né avant le 1<sup>er</sup> janvier 2004 > possibilité de demander à bénéficier de la surcotisation retraite (3) Se rapprocher de la Mission Handicap pour obtenir son justificatif

Modalités d'organisation du temps partiel - *Cocher les demi-journées non travaillées*

|            | lundi | mardi | mercredi | jeudi | vendredi |
|------------|-------|-------|----------|-------|----------|
| matin      |       |       |          |       |          |
| après-midi |       |       |          |       |          |

demande à réintégrer mes fonctions à temps plein à compter du

| Avis du secrétaire général d'EPLE | Favorable | Défavorable | / | Avis du Directeur de l'Education | Favorable | Défavorable |
|-----------------------------------|-----------|-------------|---|----------------------------------|-----------|-------------|
|-----------------------------------|-----------|-------------|---|----------------------------------|-----------|-------------|

*En cas d'avis favorable, ne pas émettre de réserve*

*En cas de refus total ou partiel, l'avis doit être motivé et faire l'objet d'un entretien préalable*

Motif

Date

Signature de l'agent

Signature du Secrétaire général d'EPLE  
autorité fonctionnelle

Signature du Directeur de l'Education  
autorité hiérarchique

Rejoignez l'esprit Val d'Oise