

**DEMANDE DE
TRAVAIL À TEMPS PARTIEL
SUR AUTORISATION**

NOM : Prénom : Titulaire

Grade :

Adresse :
.....

Affectation :

CIRCONSCRIPTION :

Préciser la quotité souhaitée

RÉPARTITION HEBDOMADAIRE

- 50 % hebdomadaire
 75 % (6 demi-journées)

RÉPARTITION ANNUELLE

- 50 % annualisé*

Le cas échéant, NOM du collègue avec lequel vous souhaitez travailler et sur quel poste ?

(joindre une lettre signée conjointement) :

Alternance en 2 périodes égales travaillées : 1^{re} période du 01/09/2012 au 31/01/2013
2^e période du 01/02/2013 au 31/08/2013

Au cas où l'annualisation ne pourrait être mise en œuvre :

- maintien de la demande de temps partiel à 50 %
 annulation de la demande

À, le/...../..... Signature de l'intéressé(e) :

Avis et signature de l'inspecteur de circonscription : Date :	Décision de la directrice académique des services de l'éducation nationale de l'Yonne : Dominique FIS
--	--

*LE TEMPS PARTIEL ANNUALISÉ NE POURRA ÊTRE ACCORDÉ QUE SOUS RÉSERVE DES NÉCESSITÉS DE SERVICE (note de service n° 2004-029 du 16-02-04 – BOEN n° 9 du 26 février 2004)