

**DEMANDE DE RÉINTÉGRATION à  
l'issue d'une DISPONIBILITÉ**

**ANNÉE SCOLAIRE 2014-2015**

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Grade :      Professeur des écoles :     

                  Instituteur :     

Adresse : .....

N° de téléphone : ..... Adresse mail : .....

**Je sollicite pour l'année 2014-2015**

La réintégration dans mes fonctions :

                  à temps partiel (\*)     

                  à temps complet     

**J'ai pris note que je devrai :**

- 1/ participer au mouvement intra-départemental en avril 2014 au moyen de l'application SIAM ;**
- 2/ vous transmettre avant le 30 juin 2014, le certificat médical établi par un médecin agréé par l'administration jugeant de mon aptitude physique à l'exercice des fonctions enseignantes.**

Fait à ....., le.....  
Signature

Imprimé à retourner à la direction des services départementaux de  
l'éducation nationale de l'Yonne, DIPER 2,  
12 bis boulevard Galliéni – BP 66 - 89011 AUXERRE cedex

**pour le 14 février 2014**

*(\*)circulaire et imprimé à télécharger sur le site de la DSDEN de l'Yonne, concernant les demandes de travail à temps partiel.*