

DIRECTION DES SERVICES DEPARTEMENTAUX DE L'EDUCATION NATIONALE DE L'ARDECHE
Service mutualisé de l'enseignement privé 1^{er} degré SMEP-1D

DEMANDE D'AUTORISATION DE CUMUL D'ACTIVITE ACCESSOIRE A L'ACTIVITE PRINCIPALE
Pour la période du.....au.....
Autorisation valable pour la seule année scolaire concernée - Tous les champs doivent être renseignés

Je soussigné(e),

Nom : Prénom :

Fonction (instituteur, professeur des écoles, suppléant MA) :

Chef d'établissement : Oui Nombre de classes : Non

Exerçant mon activité principale à (rayer les mentions inutiles) : temps partiel - temps complet - temps incomplet

- Déclare avoir pris connaissance de la note académique relative au cumul d'activité,

- Et demande l'autorisation d'exercer l'activité accessoire suivante :

Nature (obligatoire) :

Expertise et consultation - Enseignement et formation - Enseignant associé

Activité à caractère sportif ou culturel - Créations artistiques - Activité agricole - Aide à domicile

Activité de conjoint collaborateur - Travaux de faible importance réalisés chez des particuliers

Activités d'intérêt général - Mission d'intérêt public.

Exclusivement sous statut auto-entrepreneur : Services à la personne - Vente de biens fabriqués personnellement

Intitulé de l'activité :

Identité de l'employeur :

Adresse complète de l'employeur :

Nature de l'organisme employeur

Nombre d'heures : hebdomadaires - mensuelles - annuelles ; du : au :

Conditions de la rémunération :€ / taux horaire - mensuel - autres :

Quotité de travail : 100% - temps partiel : %

Date : Signature du demandeur :

AVIS ET VISA DU CHEF D'ETABLISSEMENT

Date de réception (minimum 2 mois avant le début de l'activité) :

Avis: Favorable Défavorable Visa du chef d'établissement :

AVIS ET VISA DE L'IEN

Date de réception (minimum 2 mois avant le début de l'activité) :

Avis de l'IEN : Favorable Défavorable

L'activité accessoire sollicitée : Ne portant pas Portant atteinte au fonctionnement normal, à l'indépendance, à la neutralité du service public exercé à titre principal par le demandeur.

Tout avis défavorable doit être expressément explicité sur papier libre.

Visa de l'IEN :

CADRE RESERVE A LA DSDEN de L'ARDECHE (SMEP-1D)

Date : La demande de cumul d'activité formulée par Mme/M.....

Est **Accordée** **Refusée** Motif :

Pour la rectrice et par délégation, l'inspecteur d'académie – directeur académique de l'Ardèche

Thierry AUMAGE