

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

DEMANDE D'AUTORISATION DE CUMUL D'ACTIVITE ACCESSOIRE A L'ACTIVITE PRINCIPALE
Pour la période du.....au.....

Je soussigné(e) (nom, prénom)

Numéro INSEE :

Grade (rayer la mention inutile) : Instituteur / Professeur des écoles

Affectation (école et commune) :

Département d'exercice :

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

Sollicite l'autorisation de cumuler mon activité principale avec l'activité accessoire suivante :

Nature de la fonction ou activité (enseignement, formations, autres à préciser) :

.....

Durée de l'activité :

Périodicité (mensuelle, annuelle, hebdomadaire) :

Nombre d'heures :

Conditions de rémunérations (montant annuel en euros, taux horaire, mensuel...) :

Statut (à préciser) :

Nom et adresse de l'employeur ou organisme auprès duquel est exercée l'activité
 secondaire :

.....

.....

Date :

Signature de l'intéressé(e) :

CADRE RESERVE AU CHEF D'ETABLISSEMENT

Date :

Avis et visa du chef d'établissement :

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

Date :

Avis et visa de l'IEN :

Décision : FAVORABLE

DEFAVORABLE

Date :

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

Patrice GROS