#### DEMANDE D’AUTORISATION DE CUMUL D’ACTIVITE ACCESSOIRE A L’ACTIVITE PRINCIPALE DES PERSONNELS AESH

(Art. 11 à 13 du décret n° 2020-69)

### DATE DE LA DEMANDE : ………………….. ANNEE SCOLAIRE : ………...………

En remplissant ce formulaire, merci de bien vouloir expliciter au moins une fois les sigles que vous employez le cas échéant.

Je soussigné(e) : **NOM** : ………………………………………………………… **Prénom** : ………………………………………………………………………….

**AESH e**xerçant mon activité principale pour une quotité de : ………………… %

**Etablissement (nom + commune)** : ……………………………………………………………………………………………………………………………………

- **déclare avoir pris connaissance de la note rectorale relative au cumul et demande l’autorisation d’exercer l’activité accessoire suivante** :

**Nature** **de l’activité** : (enseignement, formations, autres, à préciser) :

………………….………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………..…

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Nombre d’heures** : ……………. H hebdomadaires **/ ou** ……………… H mensuelles / **ou** ….………H annuelles

**Conditions de rémunération :** ……………………………………………………………………………………………………………

**Période pendant laquelle s’exercera l’activité accessoire : Du** : ………………………. **Au** ……………………….

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L’EMPLOYEUR SECONDAIRE :**

**Identité de l’employeur secondaire** : …………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Nature de l’organisme employeur secondaire** : 🞏 Entreprise privée 🞏 Association 🞏 Administration

**Secteur et branche d’activités** : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Le** : ………………… Signature :

*Demande à transmettre par mail à votre DSDEN.*

|  |
| --- |
| Partie réservée à l’employeur  |
| L’employeur accuse réception de la demande de cumul d’activités formulée ci-dessusNom du représentant de l'employeur : ……………………A ………......... le : ………………………. Cachet | Autorisation accordée : 🞎 OUI 🞎 NONA ……………….….. le …………………………CachetEn cas de refus, un courrier motivé sera adressé au demandeur. |