

**DEMANDE D'EXERCICE A TEMPS PARTIEL
 POUR L'ANNEE SCOLAIRE 2023-2024**

DEMANDE DE TEMPS PARTIEL SUR AUTORISATION POUR RAISON DE SANTE

A retourner, accompagnée du certificat médical, par courrier recommandé avec accusé de réception au médecin de prévention, DSDEN de la Savoie, 131 avenue de Lyon, 73018 Chambéry Cedex, au plus tard le 7 mars 2023.

NOM : Prénom :

Mail professionnel :@ac-grenoble.fr

Adresse :

Téléphone : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Votre poste pour l'année scolaire en cours :

Ecole : Commune :

à titre définitif à titre provisoire en affectation annuelle

Nature du poste :

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Enseignant classe élémentaire | <input type="checkbox"/> Directeur (nb de classes : ____) | <input type="checkbox"/> Chargé d'école |
| <input type="checkbox"/> Enseignant classe maternelle | <input type="checkbox"/> Enseignement spécialisé | <input type="checkbox"/> Titulaire de secteur |
| <input type="checkbox"/> Titulaire remplaçant de brigade (indiquez votre école de rattachement dans « Ecole ») | | |

QUOTITE DEMANDEE

- 50 à 66%
 75 à 83%

QUOTITE DE REPLI (obligatoirement différente de la quotité demandée)

50 à 66% 75 à 83% 100%

Fait à, le ____ / ____ / ____

Signature de l'intéressé(e)

Cadre réservé au service médico-social

Rendez-vous à prévoir : oui non

Date rdv :

Observations :

.....

Avis favorable Avis défavorable