RECTORAT
Direction de l'enseignement privé **ANNEXE 3**
Et de l'instruction en famille
Bureau DEEP1

DEMANDE D'AUTORISATION DE REPRISE A TEMPS PLEIN

POUR L'ANNEE SCOLAIRE 2024 / 2025

MAITRES DU 1er DEGRE AFFECTES DANS UNE ECOLE OU DANS UN ETABLISSEMENT DU 2d DEGRE

DEPARTEMENT ☐ AIN ☐ LOIRE ☐ RHONE

ETABLISSEMENT D'AFFECTATION : ☐ **ECOLE** ☐ **COLLEGE** ☐ **LYCEE**

NOM D'USAGE : …… Prénom : ……..

NOM DE NAISSANCE : …… Né(e) le : ……

GRADE : ……

ETABLISSEMENT : |__|__|__|__|__|__|__|__|……

COMMUNE : ……...

☐ **Sollicite la reprise de mes fonctions à temps complet à l'issue d'un temps partiel de droit :**

☐ à compter du 1er septembre 2024

☐ le lendemain de la date d'expiration de mes droits à temps partiel pour raisons familiales (jour du 3ème anniversaire de mon enfant ou de son arrivée au foyer), soit le .....

J'ai l'intention de participer au mouvement de l'emploi : OUI ☐ NON ☐

☐ **Sollicite la reprise de mes fonctions à temps complet à l'issue d'un temps partiel sur autorisation à compter du 1er septembre 2024. J'ai bien noté que je dois obligatoirement participer au mouvement.**

A, le
Signature

VISA DU CHEF D'ETABLISSEMENT

Cachet établissement : A, le

Signature