



# **DEMANDE D'EXERCICE DES FONCTIONS à TEMPS PARTIEL – ANNEE SCOLAIRE 2026/2027**

# **PERSONNELS ENSEIGNANTS DU SECOND DEGRE, D'EDUCATION ET PSYCHOLOGUES DE L'EDUCATION NATIONALE**

## **Document à remettre :**

- Pour les personnels enseignants et d'éducation => au chef d'établissement qui l'adresse au Rectorat - DPE après saisie sur GI/GC
  - Pour les Psy EN => au DCIO ou à l'IEN de circonscription qui l'adresse à la DPE

DE DROIT	SUR AUTORISATION
<input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> demande <input type="checkbox"/> Renouvellement (tacite) <input type="checkbox"/> Renouvellement au terme de 3 ans	<input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> demande <input type="checkbox"/> Renouvellement (tacite) <input type="checkbox"/> Renouvellement au terme de 3 ans

Je soussigné(e)

**Nom - Prénom :** .....

Corps :  Agrégés  Certifiés  PEGC  PEPS  CE EPS  PLP  CPE  Psy-EN

Discipline d'enseignement : .....

Affectation à titre définitif en 2025/2026 : .....

(indiquer le nom de l'établissement ou pour les TZR l'établissement de rattachement)

envisage pour l'année 2026/2027 :

- Participer au mouvement inter ou intra-académique 2026  oui  non
  - Demander un congé parental  oui  non
  - Demander une disponibilité  oui  non
  - Autres  oui  non

## Souhaite pour l'année scolaire 2026/2027:

- Reprendre l'exercice de mes fonctions à **TEMPS COMPLET** à la rentrée 2026

#### Exercer à TEMPS PARTIEL SUR AUTORISATION

**à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2026 pour la quotité horaire suivante :**

**Motif:** .....

Cette quotité est exprimée en fraction d'ORS (ex. 16/18<sup>ème</sup>) sauf pour les CPE et PSY-EN exprimée en pourcentage d'ORS. Elle doit être comprise entre 50 % et 90 % du service hebdomadaire exigible de l'agent concerné.

Compte tenu des dispositifs de pondération des heures d'enseignement assurées dans le cycle terminal de la voie générale et technologique, en STS et dans les établissements REP+, la quotité de temps partiel des enseignants bénéficiant de ces dispositifs peut être supérieure à la quotité correspondant au nombre d'heures demandé sans toutefois dépasser 90%.

**Je souhaite surcotiser pour la retraite sur la base d'un traitement à taux plein :**

Je note que l'option formulée vaut pour toute la période visée par l'autorisation de travail à temps partiel. Cette surcotisation ne peut avoir pour effet d'augmenter la durée de liquidation de plus de quatre trimestres. La durée pendant laquelle je peux surcotiser sera donc fonction de la quotité choisie.

**Exercer à TEMPS PARTIEL DE DROIT** (*Joindre les pièces justificatives*)

à compter du : |\_\_\_\_| \_\_\_\_| \_\_\_\_| \_\_\_\_| pour la quotité horaire suivante : |\_\_\_\_| / \_\_\_\_| ème

Cette quotité exprimée en heures hebdomadaires d'enseignement ou de service, doit être comprise entre **50% et 80 % du service hebdomadaire** exigible de l'agent concerné.

Compte tenu des dispositifs de pondération des heures d'enseignement assurées dans le cycle terminal de la voie générale et technologique, en STS et dans les établissements REP+, la quotité de temps partiel des enseignants bénéficiant de ces dispositifs peut être supérieure à la quotité correspondant au nombre d'heures demandé sans toutefois dépasser 80%.

**POUR ELEVER UN ENFANT DE MOINS DE TROIS ANS**

au titre de l'enfant (prénom) ..... Né(e) ou adopté(e) le : |\_\_\_\_| \_\_\_\_| \_\_\_\_| \_\_\_\_| \_\_\_\_|

Pour le calcul de la pension de retraite, la période de ce travail à temps partiel est décomptée comme une période de travail à temps plein.

Ce temps partiel cesse le jour du 3<sup>ème</sup> anniversaire de l'enfant, ou en cas d'adoption, le jour de l'échéance du délai de 3 ans à compter de l'arrivée au foyer de l'enfant adopté. S'il s'interrompt dans le courant de l'année scolaire, je demande à compter du (indiquer la date) :

- A reprendre mon activité à temps complet  
 A demeurer à temps partiel pour le reste de l'année scolaire

**POUR DONNER DES SOINS**

au conjoint     à un enfant à charge (prénom).....  à un ascendant Qualité (père-mère) : .....

**Je souhaite surcotiser pour la retraite sur la base d'un traitement à taux plein :**

OUI              à compter du : |\_\_\_\_| \_\_\_\_| \_\_\_\_| \_\_\_\_|               NON

Je note que l'option formulée vaut pour toute la période visée par l'autorisation de travail à temps partiel. Cette surcotisation ne peut avoir pour effet d'augmenter la durée de liquidation de plus de quatre trimestres. La durée pendant laquelle je peux surcotiser sera donc fonction de la quotité choisie.

**AU TITRE DU HANDICAP**

**Je souhaite surcotiser pour la retraite sur la base d'un traitement à taux plein :**

OUI              à compter du : |\_\_\_\_| \_\_\_\_| \_\_\_\_| \_\_\_\_|               NON

Je note que l'option formulée vaut pour toute la période visée par l'autorisation de travail à temps partiel. Cette surcotisation ne peut avoir pour effet d'augmenter la durée de liquidation de plus de quatre trimestres ou huit trimestres pour les BOE dont l'incapacité permanente est au moins égale à 80%. La durée pendant laquelle je peux surcotiser sera donc fonction de la quotité choisie.

**je souhaite l'annualisation de mon temps partiel pour une quotité horaire de** \_\_\_\_\_ sur une base annuelle répartie comme suit :

|\_\_\_\_| / \_\_\_\_|

Période travaillée à temps complet : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Période non travaillée : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

**Partie à compléter par le chef d'établissement, le directeur du CIO ou l'IEN de circonscription**

**Temps partiel sur autorisation : quotité.....**

**Temps partiel de droit : quotité.....**

avis FAVORABLE     avis DEFAVORABLE (à motiver)

**Vu et pris connaissance**

**Date et signature du supérieur hiérarchique :**

**Date et signature de l'intéressé(e)**  
précédée de la mention « vu et pris connaissance »