

**DEMANDE D'AUTORISATION DE CUMUL D'ACTIVITES
A TITRE ACCESSOIRE**

Agents à temps complet ou à temps partiel (décret n° 2007-658 du 2 mai 2007)
TOUT FORMULAIRE INCOMPLET OU IMPRECIS INVALIDERA LA DEMANDE

Document à retourner AVANT LE DEBUT DE L'ACTIVITE
à la Division des personnels enseignants de l'académie de Normandie
168, rue Caponière - BP 46184 - 14061 CAEN Cedex

ANNEE SCOLAIRE 202 / 202

Je soussigné(e), (nom - prénom)

Grade :..... Discipline :.....

Etablissement(s) d'affectation :.....

Exerçant : à temps complet à temps incomplet à temps partiel%

(enseignement privé)

Demande à être autorisé(e) à exercer l'activité secondaire suivante :

Enseignement / Formation dans la discipline suivante :

- Structure UFA/CFA de l'Académie Lieu :
- CFA Lieu :
- GRETA Lieu :
- CNED Lieu :
- URCA/service concerné : Lieu :
- Autre établissement d'enseignement supérieur :
- Autre administration :

Autre activité

Décrire l'activité (nature, fréquence, lieu d'exercice) :

.....

.....

.....

Nombre d'heures hebdomadaires effectuées dans le cadre de ce cumul heures minutes
durant semaines, du au

Montant de la rémunération prévue pour ce cumul (préciser par heure ou globalisée) :

Récapitulatif :

Nb d'heures hebdomadaires dans le cadre de l'ORS + HSA + Nb d'heures cumul obtenues/demandées = Total d'heures hebdomadaires

J'atteste l'exactitude des informations ci-dessus et je m'engage à assurer toutes les missions liées à mon service principal d'enseignement (réunions de l'établissement, jurys, formations, suivi des élèves...).

Je m'engage à formuler une nouvelle demande d'autorisation, dans les mêmes conditions, que la demande initiale, en cas de changement substantiel de la demande.

Je suis informé(e) que je pourrai me voir apporter, à tout moment, l'interdiction de poursuivre l'activité dont l'exercice a été autorisé dès lors que l'intérêt du service le justifie, que les informations sur le fondement desquelles l'autorisation a été donnée apparaissent erronées, ou que l'activité en cause ne revêt plus un caractère accessoire.

Je bénéficie déjà d'une autorisation de cumul de fonction : OUI NON

Je bénéficie déjà d'une autorisation de création d'entreprise : OUI NON

Fait à, le

signature du demandeur :

NOM - Prénom de l'enseignant :

Etablissement :

AVIS CIRCONSTANCIE DU CHEF D'ETABLISSEMENT :

Favorable

Défavorable

.....

Fait à, le

Nom - Prénom

Signature

AVIS CIRCONSTANCIE DE L'INSPECTEUR DE LA DISCIPLINE :

Favorable

Défavorable

.....

Fait à, le

Nom - Prénom

Signature

DECISION DE L'AUTORITE ACADEMIQUE :

ACCORD

Pour heures minutes hebdomadaires, du au

pour cette demande de cumul d'activité concernant

.....

Lieu :

REFUS (*fait l'objet d'un courrier*)

Fait à CAEN, le

Christine GAVINI-CHEVET