

**DEMANDE DE SERVICE A TEMPS PARTIEL OU DE REPRISE A TEMPS COMPLET  
ANNEE SCOLAIRE 2025-2026**

PSEP

**ANNEXE B**

Tous les personnels qui sollicitent un service à temps partiel hebdomadaire ou annualisé, y compris une reconduction ou une reprise à temps complet doivent renvoyer cet imprimé **uniquement par voie électronique à l'adresse : [dsden14-psep3@ac-normandie.fr](mailto:dsden14-psep3@ac-normandie.fr) pour le 27 janvier 2025 déla**

Je soussigné(e) Nom : ..... Prénom : .....

Poste occupé et circonscription : .....

Sollicite une reprise à temps complet, à compter du 01/09/2025.

Sollicite le bénéfice d'un temps partiel.

Nouvelle demande     Tacite reconduction

**Organisation :**

Hebdomadaire     Annualisée     Période travaillée en début d'année scolaire.  
 Période non travaillée en début d'année scolaire.

**Informations diverses :**

Je serai en congé de maternité à la rentrée (1) :     NON     OUI Jusqu'au : .....inclus

Je serai en congé parental à la rentrée (1) :     NON     OUI Jusqu'au : .....inclus

Je participerai au mouvement :     NON     OUI

Journée(s) libérée(s) souhaitée(s), à titre indicatif : .....

(1) Dans l'affirmative, votre demande sera examinée au terme de votre congé.

**Temps partiel de droit** : Quotité :     50%     60% \*     70% \*     75%     80% (2) \*

(2) Les demandes de temps partiel hebdomadaire d'une quotité supérieure à 75% seront instruites après mouvement.

\* Les quotités exactes sont calculées en fonction des horaires de l'école et au prorata de la durée effective du service.

Pour élever un enfant de moins de trois ans - Né le : .....

Mon enfant atteindra l'âge de 3 ans durant l'année scolaire 2025-2026 :

Je souhaite poursuivre mon temps partiel de droit par un temps partiel sur autorisation.

Je souhaite réintégrer mes fonctions à temps complet à l'issue de mon temps partiel de droit.

Pour adoption - Date d'arrivée : .....

Au titre de Bénéficiaire de l'Obligation d'Emploi (Joindre le justificatif MDPH si non transmis).

Pour donner des soins à son conjoint, à un enfant à charge ou à un ascendant (accident, handicap, maladie grave)  
(Joindre les justificatifs).

**Temps partiel sur autorisation** : Quotité :     50%     75%     80% (2) \*

(2) Les demandes de temps partiel hebdomadaire d'une quotité supérieure à 75% seront instruites après mouvement.

\* Les quotités exactes sont calculées en fonction des horaires de l'école et au prorata de la durée effective du service.

(Joindre **impérativement** à votre demande **un courrier argumenté**, à l'attention de madame la directrice académique, **accompagné des justificatifs utiles à l'instruction de votre demande.**)

Le : .....

Signature :

**Partie réservée au service gestionnaire.**

Décision favorable DASEN

Décision défavorable DASEN

Quotité travaillée : .....%

Hebdomadaire

Annualisée