



**ACADÉMIE
DE NANTES**

Liberté
Égalité
Fraternité

Demande de travail à temps partiel sur autorisation 2026/2027

(Date limite de retour au Rectorat : vendredi 06 mars 2026)

Rectorat

**Division des Personnels
Administratifs, Techniques
et d'Encadrement**

4, rue de la Houssinière
BP 72616 – 44326 NANTES
cedex 3

ce.dipate@ac-nantes.fr

DIPATE 1

AAE : 02 40 14 64 63 / 64

DIPATE 2

SAENES : 02 40 14 64 56

ADJENES : 02 40 14 64 55

DIPATE 3

ATEE & Pers. RF EPLE :
02 40 14 64 85

Pers. RF Rectorat/DSDEN :
02 40 14 64 58

Médecins, INFENES et ASSAE :

Dépt. 44 et 49 : 02 40 14 64 61

Dépt. 53/72/85 : 02 40 14 64 66

Je soussigné(e),

Nom : **Prénom :**

Corps :

Affectation :

☐ à titre définitif

☐ à titre provisoire

N° d'identification de l'établissement (RNE) :

Quotité de service actuelle : ☐ Temps complet ☐ 90 % ☐ 80 %

☐ 70 % ☐ 60 % ☐ 50 %

☐ demande l'autorisation de travailler à temps partiel hebdomadaire pendant l'année scolaire 2026/2027.

☐ demande l'autorisation de travailler à temps partiel annualisé au titre de l'année scolaire 2026/2027 (horaires de travail répartis sur l'année de façon variable)

☐ demande l'autorisation de travailler à temps partiel pour créer ou reprendre une entreprise : joindre les statuts (ou projets de statuts) de l'entreprise que vous souhaitez créer ou reprendre ou l'extrait du registre du commerce et des sociétés (extraits K ou K bis)

Quotité de service demandée : ☐ 90 % ☐ 80 % ☐ 70 %

☐ 60 % ☐ 50 %

Participation au mouvement inter-académique : ☐ Oui ☐ Non

Participation au mouvement intra-académique : ☐ Oui ☐ Non

☐ Après avoir pris connaissance des sommes dues au titre de la surcotation (cf. note), je demande à cotiser pour la retraite sur la base correspondant à un temps plein

Ma demande s'inscrit dans le cadre d'une retraite progressive : ☐ Oui ☐ Non Si oui, T. partiel à c. du :

À : le : Signature :

Avis du chef d'établissement ou de service : ☐ favorable ☐ défavorable après entretien avec l'intéressé (e)

Motifs :

À : le :

Signature(s) * :

*En cas d'affectation sur deux EPLE : la signature des deux chefs d'établissement concernés est requise

Notifié à l'agent concerné en cas d'avis défavorable

À : le : Signature de l'agent :