



**ACADÉMIE  
DE NANTES**

Liberté  
Égalité  
Fraternité

## Demande de travail à temps partiel de droit 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](mailto: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 %

### Je demande l'autorisation de travailler :

☐ à temps partiel à l'occasion de la naissance ou de l'adoption d'un enfant (gratuité des cotisations correspondant à la quotité non travaillée cf. note)

☐ à temps partiel pour donner des soins à un proche atteint d'un handicap nécessitant la présence d'une tierce personne, ou victime d'un accident ou d'une maladie grave (*fournir obligatoirement un certificat médical*) :

☐ à mon conjoint

☐ à un enfant à charge

☐ à un ascendant

☐ à temps partiel si l'agent relève de l'une des catégories de handicap visées au 1°, 2°, 3°, 4°, 9°, 10°, 11° de l'article L5212-13 du code du travail

Quotité de service demandée : ☐ 80 % ☐ 70 % ☐ 60 % ☐ 50 %

Date de début du temps partiel : ..... pour une durée de.....

☐ Après avoir pris connaissance des sommes dues au titre de la surcotisation (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 : .....

Je m'engage à avertir l'autorité administrative lorsque les conditions de l'exercice de ces fonctions à temps partiel de droit ne seront plus réunies.

À : ..... le : .....

Signature :

**Visa du chef d'établissement ou de service :**

À : ..... le : .....

Signature(s) \* :

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