

Demande de reprise à temps plein
(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 :

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

Quotité de service actuelle : 90 % 80 % 70 %
 60 % 50 %

depuis le : |____|____|____|____|____|____|

demande la reprise de mes fonctions à temps plein à compter du : |____|____|____|____|

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