

ANNEXE A

DEMANDE D'AUTORISATION DE CUMUL D'ACTIVITÉS

Année scolaire

Cette autorisation n'est valable que pour la durée de l'année scolaire indiquée

TOUS les champs doivent être complétés

Je soussigné(e),

Nom : _____ Prénom : _____

Fonction (PE, CPC, CPD...) : _____

- Déclare avoir pris connaissance de la **note départementale** relative au cumul d'activité,
- Et demande l'autorisation d'exercer l'activité accessoire suivante :

Nature (obligatoire) :

- ☐ Expertise et consultation - ☐ Enseignement et formation - ☐ Enseignant associé
- ☐ Activité à caractère sportif ou culturel - ☐ Créations artistiques - ☐ Activité agricole - ☐ Aide à domicile
- ☐ Activité de conjoint collaborateur - ☐ Travaux de faible importance réalisés chez des particuliers
- ☐ Activités d'intérêt général - ☐ Mission d'intérêt public.
- ☐ Services à la personne - ☐ Vente de biens fabriqués personnellement (**exclusivement auto-entrepreneur**)

Intitulé de l'activité : _____

Identité de l'employeur : _____

Adresse complète : _____

Nature de l'organisme employeur : _____

Nombre d'heures _____ ☐ hebdomadaires - ☐ mensuelles - ☐ annuelles ; du : _____ au : _____

Conditions de la rémunération : _____ € / ☐ taux horaire - ☐ mensuel - ☐ autres : _____

Quotité de travail : ☐ 100% - ☐ temps partiel : _____ %

Directeur : ☐ Oui (nbre de classe) : _____ ☐ Non

Remis à l'IEN de circonscription le : _____ **Signature du demandeur** :

A compléter impérativement

Partie réservée à l'IEN : demande reçue le : _____ (minimum 2 mois avant le début de l'activité)

Je soussigné(e) _____

Donne un avis ☐ Favorable ☐ Défavorable

L'activité accessoire sollicitée : ☐ Ne portant pas ☐ Portant atteinte au fonctionnement normal, à l'indépendance, à la neutralité du service public exercé à titre principal par le demandeur.

Tout avis défavorable doit être expressément explicité sur papier libre.

Transmis à le DSDEN le :

Signature de l'IEN

Partie réservée à la Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale

La direction des Services Départementaux de l'Education Nationale accuse réception de la demande de cumul d'activité formulée par :

M/Mme : _____

Fonction : _____

Demande reçue le :

Autorisation accordée :

☐ OUI

☐ NON

Motivation : _____

A Privas, le : _____

Pour la rectrice et par délégation

Le directeur académique des services départementaux de l'éducation nationale de l'Ardèche

Patrice GROS