

Dossier suivi par :

Beauvais, le 10 décembre 2024

Marjorie MORIN
ce.dgp1collective@ac-amiens.fr
03 60 36 40 56

Monsieur l'Inspecteur d'Académie,
Directeur académique des services de
l'Education nationale de l'Oise

**Direction des Services Départementaux de
l'Education nationale de l'Oise**
22, avenue Victor Hugo
60025 Beauvais Cedex

à

Mesdames et Messieurs les chefs
d'établissement comportant une SEGPA, une
classe relais ou une classe ULIS

Mesdames et Messieurs les directeurs d'école

S/c de Mesdames et Messieurs les Inspecteurs
de l'Education nationale

Objet : Demandes de disponibilité – année scolaire 2025-2026

Références :

- **Code général de la fonction publique, notamment les articles L511-1 à L511-3 ;**
- **Décret n° 85-986 du 16 septembre 1985 relatif au régime particulier de certaines positions des fonctionnaires de l'Etat et à certaines modalités de mise à disposition et de cessation définitive de fonctions.**

Annexe 1 : demande de mise en disponibilité

Annexe 2 : convocation à un examen médical dans le cas d'une réintégration - certificat médical d'aptitude

Annexe 3 : fiche de renseignements concernant les instituteurs et les professeurs des écoles dans le cas d'une réintégration

Annexe 4 : formulaire de demande de cumul d'activités

Je vous demande de bien vouloir porter à la connaissance des instituteurs et professeurs des écoles de vos établissements les informations ci-après, relatives à la mise en disponibilité.

1/ Conditions

La disponibilité est accordée **sous réserve des nécessités du service** sur demande écrite et motivée :

- pour études : la disponibilité ne peut excéder 3 ans, renouvelable une fois pour une durée égale (joindre le justificatif d'inscription ou de poursuites d'études) ;
- pour convenances personnelles : vous pouvez bénéficier de cinq ans consécutifs de mise en disponibilité au maximum. Vous devrez réintégrer vos fonctions pour une période de dix-huit mois de services effectifs et continus avant de pouvoir éventuellement renouveler votre demande de mise en disponibilité jusqu'à cinq ans consécutifs, toujours sous réserve des nécessités de service.
La disponibilité pour convenances personnelles ne peut excéder 10 ans pour l'ensemble de la carrière.
- pour création ou reprise d'une entreprise : la disponibilité ne peut excéder 2 ans (transmettre l'inscription au registre du commerce dès la création ou la reprise de l'entreprise).
ATTENTION : vous ne pouvez créer ou reprendre une entreprise tant que votre demande de disponibilité n'est pas acceptée.

Vous disposez d'un délai de trois mois pour transmettre les justificatifs demandés (par mél à ce.dgp1collective@ac-amiens.fr)

à compter de la date de la réception du courrier vous indiquant l'acceptation provisoire de votre mise en disponibilité. Mes services examineront la compatibilité du projet avec les fonctions que vous avez exercées au cours des 3 années précédentes. En cas de doute, le référent déontologique sera saisi.

Attention : Si vous demandez une disponibilité pour convenances personnelles à la suite d'une disponibilité pour création ou reprise d'entreprise de 2 ans, la durée de votre disponibilité pour convenances personnelles est limitée à 3 ans. Vous pourrez demander le renouvellement de votre disponibilité pour convenances personnelles au-delà de ces 5 ans à condition de réintégrer la fonction publique au moins 18 mois.

La disponibilité est **accordée de droit**, sur demande :

- pour suivre votre conjoint ou partenaire lié par un PACS, lorsque celui-ci est astreint à une résidence éloignée pour des raisons professionnelles (joindre une attestation récente de l'employeur, copie du livret de famille ou attestation de PACS) ;
- pour élever un enfant de moins de 12 ans (joindre copie du livret de famille) ;
- pour donner des soins à un enfant à charge, à votre conjoint, à votre partenaire lié par un PACS, à un ascendant à la suite d'un accident ou d'une maladie grave ou atteint d'un handicap nécessitant la présence d'une tierce personne (joindre selon le cas : copie du livret de famille, attestation de PACS, certificats médicaux, carte d'invalidité) ;
- pour exercer un mandat d'élu local, la durée de la disponibilité est alors égale à celle du mandat (joindre l'attestation préfectorale) ;
- pour se rendre dans les D.R.O.M., une collectivité d'outre-mer, en Nouvelle Calédonie ou à l'étranger en vue de l'adoption d'un ou de plusieurs enfants; la durée de la disponibilité ne peut excéder 6 semaines par agrément (joindre copie de l'agrément).

La demande de disponibilité doit être renouvelée chaque année. Elle entraîne automatiquement la perte du poste à la date à laquelle elle prend effet.

Vous ne devez, en aucun cas, perdre le contact avec mes services, et notamment les tenir informés de tout changement d'adresse et/ou de situation. Si vous ne respectez pas cette obligation, n'avez pas demandé votre réintégration ou le renouvellement de votre disponibilité, vous vous trouverez, à la date d'échéance de la période pour laquelle vous avez obtenu une disponibilité, en situation irrégulière. Vous vous placerez alors en dehors des garanties prévues par votre statut, vous exposant ainsi à une radiation des cadres pour abandon de poste.

2/ Dispositions s'appliquant aux enseignants en disponibilité

Conformément au décret n°85-986 cité en référence, vous devez justifier à tout moment que votre activité ou votre situation correspond aux motifs pour lesquels la disponibilité vous a été accordée. L'administration peut faire procéder à des enquêtes.

A) Exercice d'une activité privée

Si vous souhaitez exercer une activité privée, vous êtes tenu d'en informer par écrit mes services trois mois au moins avant le début de ladite activité, via le formulaire de cumul d'activités disponible en annexe 4 de la présente circulaire et en ligne sur le site internet de la DSDEN de l'Oise.

Si mes services ont un doute sérieux sur la compatibilité de l'activité envisagée avec les fonctions que vous avez exercées au cours des 3 années précédentes, ils saisiront pour avis, préalablement à ma décision, le référent déontologue. Si l'avis de ce dernier ne permet pas de lever ce doute, ils saisiront la Haute Autorité pour la transparence de la vie publique.

B) Conservation des droits à avancement

Si vous exercez une activité professionnelle durant votre placement en disponibilité, vous pouvez conserver vos droits à l'avancement, d'échelon et de grade, dans la limite de cinq ans, sous les conditions suivantes.

L'activité professionnelle recouvre toute activité lucrative, salariée ou indépendante, exercée à temps complet ou à temps partiel et qui :

- Pour une activité salariée, correspond à une quotité de travail minimale de 600 heures par an ;

- Pour une activité indépendante, a procuré un revenu soumis à cotisation sociale dont le montant brut annuel est au moins égal au salaire brut annuel permettant de valider quatre trimestres d'assurance vieillesse.

Pour la création ou la reprise d'entreprise intervenant au titre de la disponibilité, aucune condition de revenu n'est exigée.

La conservation des droits à l'avancement d'échelon et à l'avancement de grade est subordonnée à votre transmission annuelle, à mes services, des pièces justifiant de l'exercice d'une activité professionnelle. Cette transmission intervient par tous moyens au plus tard le 31 mai de chaque année suivant le premier jour de votre placement en disponibilité. A défaut, vous ne pourrez prétendre au bénéfice de vos droits à l'avancement.

C) Réintégration

La réintégration est subordonnée à la vérification par un médecin agréé de votre aptitude physique à l'exercice des fonctions d'enseignant. Vous pouvez pour cela vous appuyer sur l'annexe 2 de la présente circulaire.

Vous complétez également la fiche de renseignements en annexe 3. Vous la transmettez à votre gestionnaire, dont les coordonnées figurent dans ladite annexe.

Si vous souhaitez demander votre réintégration, vous devrez alors effectuer les démarches nécessaires pour participer au mouvement intra-départemental.

Vous transmettez la demande de disponibilité motivée, avec les justificatifs nécessaires, à mon attention, sous couvert de votre IEN.

Les demandes seront à transmettre au service (ce.dgplcollective@ac-amiens.fr) **au plus tard le 16 février 2025** afin de permettre l'organisation de la rentrée scolaire dans les meilleures conditions.

SIGNE

Jean-Paul OBELLIANNE

Dossier suivi par :

Marjorie MORIN
ce.dgp1collective@ac-amiens.fr
03 60 36 40 56

Direction des Services Départementaux de
l'Éducation nationale de l'Oise
22, avenue Victor Hugo
60025 Beauvais Cedex

DEMANDE DE MISE EN DISPONIBILITÉ

Année scolaire 2025-2026

A transmettre au service DGP1

Courriel : ce.dgp1collective@ac-amiens.fr

- ☐ 1^{ère} demande
- ☐ Renouvellement
- ☐ Réintégration¹

Je soussigné(e) : Nom – Prénom :

Adresse personnelle :

Établissement d'affectation 2024-2025 :

Circonscription :

Adresse mail professionnelle :

Numéro de téléphone :

Sollicite pour l'année scolaire 2025-2026 :

☐ **Une disponibilité de droit au motif suivant :**

Motif	Pièces à fournir obligatoirement
☐ Élever un enfant de moins de 12 ans	Photocopie du livret de famille
☐ Suivre son conjoint ou partenaire pacsé lorsque celui-ci est astreint à une résidence éloignée pour des raisons professionnelles	Attestation récente de l'employeur, une copie du livret de famille ou une attestation de PACS
☐ Donner des soins à un conjoint, un enfant à charge, un partenaire lié par un PACS, un ascendant suite à un accident ou une maladie grave ou un handicap nécessitant la présence d'une tierce personne	Suivant le cas : Copie du livret de famille/attestation de PACS, certificats médicaux/carte d'invalidité
☐ Pour exercer un mandat d'élu local	Attestation préfectorale
☐ Pour se rendre dans les D.R.O.M., C.O.M., en Nouvelle Calédonie ou à l'étranger en vue de l'adoption d'un ou plusieurs enfants	Copie de l'agrément

¹ La réintégration implique la participation au mouvement intra départemental de l'Oise (se référer à la circulaire du mouvement intra départemental dès sa parution sur le site de la DSDEN de l'Oise).

☐ **Une disponibilité sur autorisation au motif suivant :**

Motif	Pièces à fournir obligatoirement
☐ Suivre des études / Recherche	Justificatif d'inscription
☐ Convenances personnelles	Courrier motivé + tout autre document utile à l'étude du dossier
☐ Pour création ou reprise d'une entreprise	Inscription au registre du commerce

Pour ma demande (de droit ou sur autorisation), je souhaite être placé(e) en disponibilité :

Du/...../.....

Au/...../.....

☐ **Sollicite ma réintégration à compter du : / /**

A

Le

Signature du demandeur

AVIS DE L'IEEN SUR LA DEMANDE DE DISPONIBILITÉ ET SIGNATURE
(AVIS UNIQUEMENT POUR UNE DEMANDE DE DISPONIBILITÉ SUR AUTORISATION)

Dossier suivi par :

Beauvais, le 10 décembre 2024

Marjorie MORIN
ce.dgp1collective@ac-amiens.fr
03 60 36 40 56

Monsieur l'Inspecteur d'Académie,
Directeur académique des services de
l'Education nationale de l'Oise

**Direction des Services Départementaux de
l'Education nationale de l'Oise**
22, avenue Victor Hugo
60025 Beauvais Cedex

à

Mesdames et Messieurs les enseignants
en disponibilité

Objet : convocation à un examen médical dans le cas d'une réintégration

La réintégration après disponibilité est subordonnée à la vérification, par un médecin agréé, de l'aptitude physique du fonctionnaire à l'exercice des fonctions afférentes à son grade.

Vous voudrez bien vous présenter, muni(e) de la présente convocation, chez un **médecin généraliste assermenté** de l'Oise ou de tout autre département français, en vue de vous faire délivrer le certificat médical requis.

Vous n'aurez pas d'honoraires à verser au praticien qui sera rétribué par les soins de l'Administration, sous la réserve qu'il présente la qualification de médecin généraliste assermenté, faute de quoi le certificat délivré et la note de frais ne seraient pas recevables par l'Administration.

Pour l'Inspecteur d'académie – DASEN
et par subdélégation
le Secrétaire Général

SIGNE

Romain DELARUELLE

NE PAS DETACHER

Le Docteur (nom – prénom) :

Adresse :

certifie avoir procédé à l'examen médical de : M

et demande le règlement des honoraires, soit€

Mode de règlement des honoraires souhaité :

☐ Compte bancaire n° (**JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN RIB**)

Banque :

Agence :

☐ Compte courant postal n°

Centre :

Date : Cachet et signature :

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

Etabli à la demande de l'Administration en vue de l'admission à un emploi public

Je soussigné : **(1)**

certifie avoir examiné ce jour :

et avoir constaté qu'il (ou elle) n'est atteint(e) d'aucune maladie ou infirmité incompatible avec l'exercice de ses fonctions, et, de plus, que l'examen effectué, orienté notamment vers le dépistage des troubles psychopathologiques, des affections cancéreuses ou d'une affection poliomyélitique, n'a mis en évidence aucune manifestation morbide.

Observations éventuelles du médecin généraliste :

.....
.....
.....
.....
.....

Cachet

Fait à..... le

Signature :

(1) Nom et qualité : préciser obligatoirement la qualification de médecin assermenté

Le présent certificat est à retourner, avec le courrier de convocation où le médecin aura complété la rubrique le concernant, à l'adresse mail suivante :

ce.dgp1collective@ac-amiens.fr

DOSSIER DE PRISE EN CHARGE ADMINISTRATIVE ET FINANCIÈRE DES PERSONNELS ENSEIGNANTS

Professeurs des écoles réintégrant ses fonctions dans le département de l'Oise

Année scolaire 2024-2025

Ce dossier est indispensable à la prise en charge administrative et financière des professeurs des écoles. Il doit être retourné par mail **en intégralité**, à votre gestionnaire :

Gestion des enseignants du 1^{er} degré public exerçant dans le DÉPARTEMENT DE L'OISE (60) :

Votre nom est compris entre celui de ... (classement par ordre alphabétique)	Votre gestionnaire est ...	Adresse mail de la gestionnaire :	Numéro de téléphone de la gestionnaire :
ABAD Marie et BRETON Manon	Mme Carole LE BELLEC	plateforme1d-60-07@ac-amiens.fr	03.44.06.45.46
BREUIL Françoise et DARDARD BALLUREAU Chloé	Mme Marie-Laure CADET	plateforme1d-60-01@ac-amiens.fr	03.44.06.45.38
DARONDEAU Audrey et FERREIRA BEAUCAMP Carol	Mme Marine PICAVET	plateforme1d-60-06@ac-amiens.fr	03.44.06.45.42
FETOUM Fatima et HINFRAY Christelle	Mme Maryse GUIHAIRE	plateforme1d-60-02@ac-amiens.fr	03.44.06.45.44
HIS Isabelle et LOISEL Guillaume	Mme Sabine MONTES	plateforme1d-60-03@ac-amiens.fr	03.44.06.45.31
LOISON Amandine et PILLOT Geneviève	Mme Céline CURCHOD	plateforme1d-60-05@ac-amiens.fr	03.44.06.45.66
PINAUD Sarah et ROUQUIER OITICICA Sylvia	Mme Anita MIETTE	plateforme1d-60-08@ac-amiens.fr	03.44.06.45.66
ROUSSEAU Cécile et ZYLA Marie	Mme Laurette MOISSON	plateforme1d-60-04@ac-amiens.fr	03.44.06.45.31

Joindre impérativement à ce dossier les pièces justificatives suivantes :

- ☐ Une copie recto-verso de la carte nationale d'identité (CNI) ou une copie du passeport
- ☐ Une copie de la carte vitale ou une attestation de sécurité sociale
- ☐ **Un relevé d'identité bancaire (RIB) à votre nom et prénom**
- ☐ Une copie du livret de famille complet si vous êtes pacsé, marié, en concubinage ou si vous avez des enfants
- ☐ Une attestation de paiement de la CAF à partir de 2 enfants.
- ☐ Toute autre pièce demandée dans le présent dossier, en fonction de votre situation personnelle (justificatif relatif à votre situation familiale et/ou à la situation de vos enfants, état de service, etc.)

Avertissement :

- ❖ Tout dossier incomplet ne pourra être traité et occasionnera un retard dans votre prise en charge administrative et financière.
- ❖ Il vous appartient de signaler à votre gestionnaire par mail tout changement (d'adresse, de RIB, de votre situation familiale, etc.) survenant en cours d'année scolaire afin de permettre le traitement approprié de votre dossier.

FICHE n°1

Renseignements concernant l'agent

ÉTAT CIVIL :

PROFESSEUR(E) DES ÉCOLES STAGIAIRE	CONJOINT(E) ou CONCUBINE(E)
Nom d'usage :	Nom d'usage :
Nom patronymique :	Nom patronymique :
Prénoms :	Prénoms :
Date et commune de naissance (préciser le département) :	Date et commune de naissance (préciser le département) :
Adresse personnelle actuelle :	Adresse personnelle actuelle :
<u>Changement d'adresse :</u>	<u>Changement d'adresse :</u>
À compter du :	À compter du :
Nouvelle adresse personnelle :	Nouvelle adresse personnelle :
	Profession :
	Nom et adresse de l'employeur :
N° de téléphone : 	N° de téléphone :
N° de portable : 	N° de portable :
Adresse mail :	Adresse mail :
Situation de famille : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ⁽¹⁾ ☐ PACS ⁽²⁾ ☐ Concubinage ⁽³⁾ ☐ Séparé(e) ⁽³⁾ ☐ Divorcé(e) ⁽⁴⁾ ☐ Veuf(ve) ⁽⁵⁾	
Date de mariage, PACS, concubinage, séparation, divorce, veuvage : 	
(1) Joindre obligatoirement une copie du livret de famille (2) Joindre obligatoirement un justificatif (3) Joindre obligatoirement une attestation sur l'honneur (4) Joindre obligatoirement une photocopie du jugement de divorce (sauf les attendus) (5) Joindre obligatoirement un certificat de décès	

ENFANTS :

Inscrire tous les enfants, vivants ou décédés, quel que soit leur âge.

Nom	Prénom	Date de naissance	Nationalité	Lien de parenté (enfant du bénéficiaire / enfant du conjoint ou du concubin)	L'enfant est à votre charge effective et permanente (Oui/Non) ou en garde alternée ⁽⁶⁾ ?	Situation ⁽⁶⁾ : scolarisé, étudiant, apprenti, salarié percevant moins de 55% du SMIC, atteint d'infirmités ou de maladies chroniques, décédé

⁽⁶⁾ Produire un justificatif : jugement de garde alternée, certificat de scolarité, contrat d'apprentissage, certificat médical, certificat en cas de décès

SÉCURITÉ SOCIALE :

Numéro de sécurité sociale :

Êtes-vous adhérent à la Mutuelle générale de l'Éducation nationale (MGEN) ?

☐ Oui

☐ Non

Si vous souhaitez le devenir, veuillez-vous adresser à la MGEN :

Adresse :

2 place du Franc Marché
CS 70902
60017 BEAUVAIS Cedex

Téléphone :
36.76

Site :
mgen.fr

SERVICE NATIONAL :

☐ Effectué ☐ Réformé ☐ Exempté

Dates : du au

☐ Volontariat service national en entreprise à l'étranger (VSNE)

Dates : du au

☐ Journée d'appel de préparation à la défense (JAPD) / Journée défense et citoyenneté (JDC)

Date :

SITUATION PROFESSIONNELLE DE L'AGENT :

❖ Corps – Grade :

- | | |
|--|---|
| ☐ Instituteur / Institutrice | ☐ Professeur(e) des écoles – Hors classe |
| ☐ Professeur(e) des écoles – Classe normale | ☐ Professeur(e) des écoles – Classe exceptionnelle |

❖ Affectation actuelle (le cas échéant) :

Nom et adresse de l'établissement :

.....

Numéro de téléphone :

POSITION STATUTAIRE DE L'AGENT :

Veuillez préciser si vous êtes actuellement :

- | | |
|---|--|
| ☐ En disponibilité | ☐ En congé parental |
| ☐ En détachement | ☐ Autre : |

Précisez les dates de votre position statutaire actuelle :

TITRES OU DIPLÔMES :

	Année d'obtention		Année d'obtention
☐ CFEN		☐ CAEEA ou CAFIPEMF	
☐ CAP		☐ CAEI/CAPSAIS ou CAPA-SH ou CAPPEI	
☐ Diplôme d'instituteur		Option :	
☐ Diplôme d'études supérieures d'instituteur		☐ Diplôme de RPP/RPM	
☐ Diplôme professionnel de professeur des écoles		☐ Diplôme de psychologue scolaire	
		☐ Liste d'aptitude aux fonctions de directeur d'école	
		☐ Autre titre ou diplôme :	

Je soussigné(e) certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur ce document.
 Je m'engage à faire connaître immédiatement les modifications susceptibles d'y être apportées à la Division de la gestion des personnels 1^{er} degré (DGP) de la DSDEN de l'Oise (22 avenue Victor Hugo – 60025 BEAUVAIS Cedex).

À,

Le

Signature :

FICHE n°2

Droit d'option en matière de désignation de l'agent bénéficiaire du supplément familial de traitement (SFT)

Le supplément familial de traitement (SFT) est un complément de rémunération versé à tout agent public (fonctionnaire ou contractuel) qui a au moins 1 enfant de moins de 20 ans à charge (au sens des prestations familiales). Si vous et l'autre parent êtes tous les 2 agents publics, le SFT n'est versé qu'à un seul d'entre vous, sur la base d'une déclaration commune de choix du bénéficiaire. Ce choix peut être modifié à la fin d'un délai d'un an.

Conformément à l'article 20 de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, les conjoints (ou concubins) peuvent choisir, d'un commun accord, lequel d'entre eux percevra le SFT.

L'article 20 de la loi du 13 juillet 1983 pose le principe du non-cumul du SFT avec un avantage de même nature accordé pour un même enfant par un employeur public. L'agent public dont le conjoint exerce auprès d'un employeur public devra fournir une attestation de l'employeur de son conjoint justifiant la non perception par celui-ci d'un avantage de même nature.

A contrario, le SFT, est cumulable avec un avantage similaire accordé par une entreprise privée. Un couple dont l'un des parents est agent public et l'autre exerce dans une entreprise privée, peut donc percevoir le SFT et un avantage similaire prévu par la convention ou l'accord en vigueur au sein de l'entreprise.

☐ Je ne perçois pas le SFT et souhaite en bénéficier	→ retourner l'enquête dûment complétée et signée accompagnée de l'attestation de l'employeur du conjoint (cf page 2) → joindre tout document relatif à la situation familiale (livret de famille, actes de naissances des enfants, jugement de divorce, ordonnance de non conciliation...) → compléter le droit d'option pour la désignation du bénéficiaire du SFT → pour les enfants âgés de plus de 16 ans, joindre obligatoirement un certificat de scolarité → à partir du 2ème enfant, joindre obligatoirement une attestation de paiement de la CAF.
---	---

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE :

NOM D'USAGE : NOM DE NAISSANCE :

PRENOM : N° INSEE (S.S.): .../.../.../.../.../...

GRADE ET DISCIPLINE :

ÉTABLISSEMENT/SERVICE D'AFFECTATION :

ENSEIGNEMENT PUBLIC ☐

ENSEIGNEMENT PRIVÉ ☐

SITUATION FAMILIALE (cocher la case correspondante) :

- | | |
|---|---|
| ☐ Marié(e) depuis le/...../..... | ☐ Divorcé(e) depuis le/...../..... |
| ☐ Vie maritale depuis le/...../..... | ☐ Séparé(e) légalement depuis le/...../..... |
| ☐ Pacsé(e) depuis le/...../..... | ☐ Séparé(e) de fait depuis le/...../..... |
| ☐ Célibataire | ☐ Veuf/veuve depuis le/...../..... |

ENFANTS

Nom Prénom des enfants	Lien de parenté <i>Légitime / naturel / adopté / enfant du conjoint ou concubin</i>	Date de naissance	Situation <i>Scolarisé / Etudiant/ Apprenti / Salarié percevant moins de 55% du SMIC</i>	L'enfant est à votre charge effective et permanente Oui/Non	Préciser le nom de l'autre parent si ce dernier n'est pas le conjoint actuel

FICHE n°3

Droit d'option en matière de l'agent bénéficiaire du supplément familial de traitement

NB : Le bénéficiaire du SFT reconnaît être informé du délai d'un an pendant lequel ce droit d'option ne peut pas être remis en cause.

Bénéficiaire	Conjoint(e) ou ex-conjoint(e)
NOM-PRENOM :	NOM-PRENOM :
Exerçant les fonctions de :	Exerçant les fonctions de :
A (établissement d'affectation) :	A :
	Cocher cette case si sans profession ☐
Désignons d'un commun accord : M/Mme (indiquer NOM et PRENOM) : A compter du/...../20..... en qualité de bénéficiaire du supplément familial de traitement dû pour les enfants de notre famille (indiquer les NOM et PRENOM) du ou des enfants concernés (indiquer les nom – prénom du ou des enfants) : - - - - En cas de garde alternée, cocher la situation à mettre en œuvre : ☐ Versement de l'intégralité du SFT au bénéficiaire unique désigné ci-dessus ☐ Partage du SFT entre les parents	
Fait à le	Fait à le
Signature de l'agent :	Signature du/de la conjoint(e) :

Je certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur le document relatif au contrôle du supplément familial de traitement son exacts. **Je m'engage à faire connaître immédiatement, par écrit, au service gestionnaire, tout changement de situation.**

A, le

Signature :

FICHE n°4

Renseignements concernant le conjoint(e) ou ex-conjoint(e) (Parent de votre ou de vos enfant(s))

NB : si la demande de versement SFT concerne des enfants nés de différentes unions, un exemplaire de cet imprimé doit être complété par chaque conjoint ou ex-conjoint concerné)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CONJOINT OU EX-CONJOINT :

NOM D'USAGE : NOM DE NAISSANCE : PRENOMS :

☐ le conjoint ou ex-conjoint exerce une activité professionnelle auprès d'un employeur public ou assimilé (SNCF, EDF ...)	ATTESTATION A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR DU CONJOINT ou EX-CONJOINT Nom et adresse de l'employeur : certifie que M/Mme employé(e) depuis le ☐ ne bénéficie pas du supplément familial de traitement ou de sursalaire à caractère familial ☐ a cessé de bénéficier du supplément familial de traitement ou de sursalaire à caractère familial depuis le ☐ bénéficie du supplément familial de traitement ou d'un sursalaire à caractère familial pour les enfants suivants : Cachet de l'employeur : Signature : - <u>OU FOURNIR LE DERNIER BULLETIN DE SALAIRE DU CONJOINT OU EX-CONJOINT</u>
☐ le conjoint ou ex-conjoint : - n'exerce pas d'activité professionnelle - exerce une profession libérale - exerce à domicile - exerce une activité professionnelle dans le secteur privé	ATTESTATION SUR L'HONNEUR DE L'AGENT Je soussigné(e) Mme, M certifie sur l'honneur que Mme ou M..... (conjoint ou ex-conjoint) : (rayer les mentions inutiles) ☐ n'exerce aucune activité professionnelle ☐ est en congé parental (<i>préciser les dates</i>) : ☐ exerce une profession libérale (<i>préciser laquelle</i>) : ☐ exerce une activité dans le secteur privé (<i>préciser laquelle et la dénomination de l'employeur</i>) : ☐ autre (<i>à préciser</i>) : Date : Signature de l'agent :

FICHE n°5

Questionnaire destiné aux autorisations d'absence pour soins à enfant(s) malade(s)

FONCTIONNAIRE

Nom : Prénom :
Grade :

Affectation et Ville :

Circonscription :

Emploi [*cocher la case correspondante*] :

☐ Temps complet (100%)

☐ Temps partiel (.....%)

- Nombre de demi-journées travaillées par semaine :
- Répartition [*rayez les mentions inutiles*] :

Lundi matin / après-midi Mardi matin / après-midi Mercredi matin / après-midi

Jeudi matin / après-midi Vendredi matin / après-midi

Situation familiale :

☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ PACS ☐ Concubinage ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve)

CONJOINT(E)

Nom : Prénom :

☐ Fonctionnaire

Employeur :

☐ Non fonctionnaire

Nom et adresse de l'employeur :

.....

.....

☐ Demandeur d'emploi (joindre obligatoirement un justificatif)

Nombre de demi-journées accordées au conjoint par année civile pour soins à enfant(s) malade(s) :

N.B. : Joindre obligatoirement une attestation délivrée par l'employeur attestant l'attribution ou la non-attribution d'un contingent de demi-journées d'absence par année civile pour soins à enfants malades. Un conjoint peut renoncer au bénéfice de ses autorisations d'absence au profit de l'autre.

ENFANT(S)

Nombre d'enfant(s) à charge :

Nom de l'enfant	Prénoms de l'enfant	Date de naissance de l'enfant

N.B. : Les autorisations d'absence pour soins à enfants malades ne sont accordées que pour des enfants âgés de moins de 16 ans. Toutefois, aucune limite d'âge n'est opposée aux enfants en situation de handicap.

Signaler rapidement tout changement de situation à votre gestionnaire.

Fait à,

Le | | | | | | | | | | | | | |

Signature de l'agent :

FICHE n°6

Attestation pour soins à enfant(s) malade(s)

**À faire compléter par l'employeur de votre conjoint(e).
Si ce document n'est pas retourné, seul le nombre de demi-journées réglementaire sera autorisé.**

Je soussigné(e) [civilité, nom, et prénom de l'employeur] certifie
que [civilité, nom et prénom de l'employé(e)], employé(e)
depuis le/...../..... à [nom et adresse de l'entreprise :
.....
.....
.....],
et conjoint(e) de [civilité, nom et prénom du (de l') enseignant(e)]

- ☐ bénéficie
d'autorisations d'absences pour soins à enfant(s) malade(s).
☐ ne bénéficie pas

Il lui est accordé à ce titre un contingent de demi-journées d'absences rémunérées pour la période du 1^{er} janvier 2025 au 31 décembre 2026.

[Civilité, nom et prénom de l'employé(e)]

- ☐ Renonce au bénéfice des demi-journées d'absence au profit de son (sa) conjoint(e).
☐ Conserve le bénéfice de ses demi-journées d'absences.

Fait à,

Le [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Cachet et signature de l'employeur :

Beauvais, le 1^{er} octobre 2024

Dossier suivi par :

Vincent STODER
ce.dgp60-adj1@ac-amiens.fr
03 44 06 45 82

Mélanie DELABRUYERE
melanie.delabruyere@ac-amiens.fr
03 44 06 45 86

Monsieur l'Inspecteur d'Académie,
Directeur académique des services de
l'Education nationale de l'Oise

à

**Direction des Services Départementaux
de l'Education nationale de l'Oise**
22, avenue Victor Hugo
60025 Beauvais Cedex

Mesdames et Messieurs les Directeurs
d'école

Mesdames et Messieurs les Instituteurs et
Professeurs des écoles

Objet : Cumul d'activité à titre accessoire – année scolaire 2024-2025

Références :

- Code général de la fonction publique, article L121-3 ;
- Code général de la fonction publique, articles L123-1 à L123-10 ;
- Décret n°2020-69 du 30 janvier 2020 relatif aux contrôles déontologiques dans la fonction publique.

Annexe :

- Formulaire de demande d'autorisation de cumul à titre accessoire.

La présente circulaire décrit la procédure par laquelle vous pouvez solliciter le cumul d'une activité accessoire avec les fonctions d'enseignant.

1) Principe général

L'article L121-3 du Code général de la fonction publique (CGFP) précise que vous consacrez l'intégralité de votre activité professionnelle aux tâches qui vous sont confiées. Vous ne pouvez exercer, à titre professionnel, une activité privée lucrative de quelque nature que ce soit, sous réserve des dispositions réglementaires mentionnées en références.

2) Conditions de dérogation

A) Cumul d'activité au titre d'une activité accessoire

L'article L121-7 du CGFP prévoit que vous puissiez être autorisés à exercer une activité accessoire. Celle-ci doit être compatible avec les fonctions qui vous sont confiées et ne pas affecter leur exercice. Elle doit également figurer sur la liste des activités susceptibles d'être exercées à titre accessoire, énumérées à l'article 11 du décret n°2020-69 du 30 janvier 2020 cité en référence.

Avant d'exercer une activité accessoire, vous devez me présenter une demande écrite d'autorisation de cumul. Vous utiliserez pour cela le formulaire de demande d'autorisation de cumul, en annexe de la présente circulaire. Par principe, une demande d'autorisation présentée tardivement et à titre rétroactif peut se voir opposer un refus.

Afin de permettre une instruction rapide des demandes, j'attire votre attention sur la nécessité d'être le plus complet possible quant à la nature de l'activité envisagée (identité de l'employeur, durée, périodicité, rémunération...).

B) Procédure à suivre concernant la demande d'autorisation de cumul d'activité au titre d'une activité accessoire

Si vous souhaitez exercer une activité accessoire, vous devez tout d'abord dûment compléter le formulaire de demande d'autorisation de cumul présent en annexe. Vous le transmettez ensuite à l'Inspecteur de l'Education nationale de la circonscription à laquelle vous êtes rattaché, qui émet un avis sur votre demande.

L'Inspecteur de l'Education nationale adresse la demande aux services de la DSDEN, afin que je puisse statuer sur celle-ci.

C) Validité d'une autorisation de cumul

La demande de cumul d'activités ne peut être accordée que pour l'année scolaire en cours. Si vous souhaitez prolonger l'exercice de votre activité accessoire au-delà du 31 août 2025, vous devrez alors présenter une demande de renouvellement au moment opportun.

Je vous précise que je pourrai m'opposer à tout moment à une demande de cumul d'activités ou à sa poursuite. Cette décision peut être justifiée par l'intérêt du service. Elle peut aussi être motivée par l'inexactitude des informations mentionnées dans le formulaire de demande de cumul ou par l'incompatibilité de cette activité avec les fonctions que vous exercez.

Je vous remercie de bien vouloir signaler tout changement important en rapport avec l'activité accessoire (employeur, durée, périodicité, rémunération...) en formulant une nouvelle demande d'autorisation.

Le non-respect de la réglementation relative aux demandes de cumul d'activité peut entraîner l'obligation de reverser les sommes perçues au titre des activités interdites, par voie de retenue sur le traitement (article L123-9 du CGFP).

SIGNE

Jean-Paul OBELLIANNE

**DEMANDE D'AUTORISATION DE CUMUL
A TITRE ACCESSOIRE**
AGENTS A TEMPS COMPLET OU A TEMPS PARTIEL

Décret n°2020-69 du 30 janvier 2020

NOM – Prénom :

Date de naissance :

Fonctions exercées :

Téléphone :

Adresse mail :

DESCRIPTION DE L'ACTIVITE PRINCIPALE EXERCEE :

Etablissement d'affectation :

Circonscription :

Exercez-vous : ☐ A temps complet ☐ A temps partiel (indiquer la quotité :)

A – DESCRIPTION DE L'ACTIVITE CONCERNEE

Organisme auprès duquel l'activité accessoire est envisagée :

Nature de l'activité :

Durée : du/...../..... au/...../.....

Volume horaire pour l'année scolaire considérée : heures

Rémunération totale : euros pour l'année scolaire 2024-2025

Autres activités accessoires : ☐ Oui ☐ Non

En cas de réponse positive, veuillez décrire précisément ces activités (caractère public ou privé, durée, périodicité et horaires approximatifs, etc...) :

Informations complémentaires que vous souhaitez porter à la connaissance de l'administration :

Fait à, le/...../.....

Signature

B – AVIS DU SUPERIEUR HIERARCHIQUE SUR LA DEMANDE DE CUMUL

Avis :
.....
.....
.....
.....

Date :/...../.....

Signature (*identité et fonctions du responsable*)

C – DECISION DASEN

☐ Refuse le cumul sollicité ci-dessus

☐ Autorise le cumul sollicité ci-dessus

« **SOUS RESERVE DE NE PAS PORTER PREJUDICE A L'ACTIVITE PRINCIPALE** »

Date :/...../.....

Signature

Important : en cas de changement substantiel dans les conditions d'exercice ou de rémunération de l'activité faisant l'objet de cette demande d'autorisation, il sera considéré que vous exercez une nouvelle activité, et vous devrez formuler une nouvelle demande d'autorisation.

L'autorisation que vous sollicitez n'est pas définitive. L'Inspecteur d'académie-DASEN peut s'opposer à tout moment à la poursuite d'une activité qui a été autorisée :

- si l'intérêt du service le justifie ;
- si les informations sur le fondement duquel l'autorisation a été donnée apparaissent erronées ;
- si l'activité autorisée est incompatible avec vos fonction d'enseignant.