

**A retourner à votre circonscription qui la transmettra à la DSDEN des Alpes-Maritimes, bureau de la DIPE II**  
**Avant le 13 février 2026 ou dans les délais réglementaires de 2 mois (temps partiel de droit uniquement)**

Nom d'usage : ..... Nom patronymique : ..... Prénom : .....

Adresse.....

Téléphone..... Adresse électronique..... @.....

Affecté(e) sur un poste  définitif  provisoire  sans poste

Fonction exercée (adjoint, directeur \*, TRS, BD \*\*) : .....

J'ai formulé une demande de congé longue maladie, congé longue durée, mi-temps thérapeutique  oui  non

J'ai demandé un allégement de service pour raisons médicales  oui  non

Si l'allégement est refusé, je maintiens ma demande de temps partiel  oui  non

J'ai l'intention de demander/renouveler un départ en retraite progressive  oui  non

**Je sollicite un temps partiel pour l'année 2026/2027  1<sup>ère</sup> demande  renouvellement**

*ne cocher  
« renouvellement » que si  
une 1<sup>ère</sup> demande  
vous a déjà été accordée  
l'an dernier  
pour le même motif*

*cocher « 1<sup>ère</sup> demande »  
après un mi-temps  
thérapeutique ou un  
allégement de service*

**1) J'indique le motif de mon temps partiel**

**De droit :**

Pour élever un enfant de moins de trois ans né le ..... (joindre copie du livret de famille ou déclaration de naissance)

A compter du 01/09/2026

A l'issue de mon congé maternité/congé parental qui prend fin le.....

Pour donner des soins à conjoint, enfant à charge (20 ans au plus) ou à un ascendant atteint d'un handicap nécessitant la présence d'une tierce personne ou victime d'un accident ou d'une maladie grave (se référer à la circulaire pour les justificatifs + joindre annexe 1).

Pour handicap relevant d'une des catégories visées aux 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup>, 4<sup>o</sup>, 9<sup>o</sup>, 10<sup>o</sup> et 11<sup>o</sup> de l'article L.323-3 du code de travail, accordé après avis du médecin de prévention (joindre RQTH).

**Sous réserve des nécessités de service :**

Temps partiel sur autorisation

Pour créer ou reprendre une entreprise (joindre Kbis ou attestation d'immatriculation)

**2) J'indique la manière dont je souhaite organiser mon temps partiel**

Temps partiel hebdomadaire  50%  75%

Temps partiel annualisé

QUOTITE TRAVAILLEE	PERIODE TRAVAILLEE	CHOIX (de 1 à 4)
50%	Du 01/09/2026 au 31/01/2027	
50%	Du 01/02/2027 au 31/08/2027	
80% (uniquement pour un temps partiel de droit)	Du 01/09/2026 au 15/05/2027	
80% (uniquement pour un temps partiel de droit)	Du 04/11/2026 au 31/08/2027	

**Pour les temps partiels annualisés :**

Acceptez-vous de changer de période si votre demande ne peut être satisfaite ?  OUI  NON

Si votre demande, ne peut être acceptée pour raisons de nécessité de service, souhaitez-vous travailler :

à temps partiel hebdomadaire :  50 %  75 %  à temps complet

**3) Je souhaite cotiser à temps plein** moyennant le versement d'une retenue (voir paragraphe V.4 de la circulaire).

oui  non – **Choix irréversible** ne pas cocher dans le cas d'un T.P. de droit pour enfant (pas de « surcotisation » dans ce cas seulement)

Je perçois 2000 € brut à temps complet.

**A 50%, la cotisation pension civile de 501,00 € (25.05% du traitement brut à temps complet) sera déduite de mon traitement brut de 1000€.**

**A 75%, la cotisation pension civile de 361,60 € (18.08% du traitement brut à temps complet) sera déduite de mon traitement brut de 1500€.**

**A 80%, la cotisation pension civile de 333,60 € (16.68% du traitement brut à temps complet) sera déduite de mon traitement brut de 1714€.**

Pour rappel, votre quotité exercée en 2025/2026  100%  80%  75%  50%  Aucune (congé parental, disponibilité...)

Je m'engage à fournir les pièces justificatives à ma demande

\* Je m'engage à assurer l'intégralité des charges liées à la fonction de directeur d'école

\*\* De par la nature de mon poste, je souhaite bénéficier d'une délégation et participer au mouvement des TRS

**Date et signature de l'intéressé(e)**

**Visa de l'IEN de la circonscription**