

DEMANDE D'AUTORISATION DE CUMUL D'ACTIVITES A TITRE ACCESSOIRE

Décret n° 2017-105 du 27 janvier 2017

Année scolaire 201..../201....

Attention. Ce document est à remplir préalablement à l'exercice de toute activité accessoire. Il doit être signé par l'employeur de l'activité accessoire avant d'être envoyé à la DIPE 1 pour décision

Nom : _____ **Prénom :** _____ **Grade :** _____ **Etablissement :** _____

Modalité de service : Temps complet Temps partiel %

Exercez-vous déjà une ou plusieurs activité(s) accessoire(s) pour l'année scolaire en cours ? Oui Non Si oui, à préciser (Nom de l'employeur, type d'activité, nombre d'heures hebdomadaires) : _____

Renseignements concernant l'activité accessoire sollicitée :

Identité de l'employeur : <input type="checkbox"/> Public <input type="checkbox"/> Privé Adresse	Nature des activités exercées – secteur d'activité	Nombre d'heures	Montant annuel de la rémunération
---	--	-----------------	-----------------------------------

Date d'effet à donner à l'autorisation de cumul : du / / au / / Date, Visa et cachet de l'employeur de l'activité accessoire sollicitée

<p>Avis de l'EN de circonscription</p> <p><input type="checkbox"/> Avis favorable</p> <p><input type="checkbox"/> Avis défavorable</p> <p>Motif :</p> <p>Date et signature:</p>	<p>Décision du DASEN : <input type="checkbox"/> Accord <input type="checkbox"/> Refus</p> <p>A Nice, le (Signature)</p>
--	--