



Imprimé B

**A RETOURNER IMPERATIVEMENT**

**AVANT LE 31/03/2017**

**DEMANDE DE REPRISE DES FONCTIONS A TEMPS PLEIN  
POUR LA RENTREE SCOLAIRE 2017**

NOM : .....PRENOM : .....

NOM de famille : .....

Date de naissance : .....

ADRESSE PERSONNELLE : .....

N° de TELEPHONE : .....E-MAIL : .....

Affectation en 2016-2017 : .....

Ecole : .....

Commune : .....

Circonscription : .....

Affectation à titre définitif ou provisoire

Quotité de service 2016-2017 :      50%       75%       autre à préciser .....

Je sollicite ma reprise de travail à temps plein à compter du 1er septembre 2017

Fait à .....le.....      Signature :

**CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION :**

Visa de l'IEN :      Décision de l'Inspecteur d'académie, Directeur académique,

Jean-Marie RENAULT