|  |  |
| --- | --- |
| DEPARTEMENT (1) : | **ANNEXE 3**  **DEMANDE DE REINTEGRATION A TEMPS PLEIN**  **Année scolaire 2019-2020** |
| ECOLE SOUS CONTRAT (1) : |

**JE SOUSSIGNE (E)**

Nom d’usage :  Prénom : 

Grade : 

Etablissement : 

Code école : 

Rythme scolaire :  4 jours  4.5 jours (1)

Année précédente (2018-2019) : Quotité de travail  % - Cas temps partiel :  Droit  Autorisation (1)

⮚ Sollicite l’autorisation de reprendre mes fonctions à temps complet au titre de l’année scolaire 2019-2020

Nota :

**L’accord pour une réintégration à temps plein est conditionné à l’octroi d’un complément de service dans le cadre du mouvement auquel vous devez participer.**

Etes-vous dans la situation d’une demande de complément de service au mouvement 2019 ? (1) :  OUI  NON

Envisagez-vous de solliciter une demande de mutation pour la rentrée 2019 (1) ?  OUI  NON

**Date et signature de l’enseignant**

**AVIS du Chef d’établissement :**

****

**Signature : Fait à le**

**En cas d’avis défavorable, préciser le motif ci-dessous et adresser copie du présent document, pour information, à l’enseignant concerné qui doit émarger ci-dessous.**

**Pris connaissance,**

**Date et signature de l’enseignant :**

**DATE DE RETOUR IMPERATIF : 1er février 2019**

1. *Cocher la case correspondante*