

Diper
Bureau de gestion des enseignants du 1^{er} degré public
de la Charente-Maritime

Annexe 3

à transmettre
avant le 7 avril 2026
au bureau Diper :

tempspartielsdiper17@ac-poitiers.fr
avec copie à l'IEN de circonscription

DEMANDE D'EXERCICE À TEMPS PARTIEL DE DROIT pour l'année scolaire 2026-2027

Je soussigné(e) Nom-prénom:

Affectation en 2025-2026 (école-commune)

Circonscription :

Fonction : ☐ Directeur ☐ Adjoint(e) ☐ Remplaçant ☐ Enseignement spécialisé ☐ Autre

Adresse personnelle :

Tel. / mail :

Sollicite, pour l'année scolaire 2026-2027 :

☐ **UN TEMPS PARTIEL DE DROIT : (joindre les pièces justificatives)**

1^{ère} demande ☐ Renouvellement depuis le / /



La retraite progressive ☐ J'informe l'administration que je bénéficie du dispositif de la retraite progressive depuis le
..... / /

☐ **Pour élever un enfant de moins de 3 ans :** Joindre copie du livret de famille.

Si votre enfant atteint l'âge de 3 ans au cours de l'année scolaire 2025-2026, veuillez indiquer la modalité de travail que vous envisagez à l'issue de votre temps partiel de droit en cochant la case correspondante :

☐ Je souhaite prolonger mon activité à temps partiel sur autorisation jusqu'au 31 août 2027 **(avec la quotité proposée dans le cadre d'un temps partiel sur autorisation)**

☐ Je souhaite reprendre mon activité à temps plein aux 3 ans de mon enfant. Date naissance enfant : ____ / ____ / 20 ____

☐ **Au titre du handicap :** Joindre la reconnaissance RQTH.

☐ **Pour donner des soins à un enfant à charge :** Joindre un certificat médical émanant d'un praticien hospitalier et la copie du livret de famille.

☐ **Pour donner des soins au conjoint :** Joindre un certificat médical émanant d'un praticien hospitalier et la copie de l'acte de mariage ou du pacte civil ou du certificat de concubinage établi en mairie ou déclaration sur l'honneur avec copie d'une facture attestant de l'adresse commune.

☐ **Pour donner des soins à un ascendant atteint d'un handicap nécessitant la présence d'une tierce personne ou victime d'un accident ou d'une maladie grave :** Joindre une copie du livret de famille et de la carte d'invalidité et /ou du document attestant du versement de l'allocation pour adultes handicapés et/ou de l'indemnité compensatrice pour tierce personne.

☐ **Pour donner des soins à un enfant atteint d'un handicap nécessitant la présence d'une tierce personne ou victime d'un accident ou d'une maladie grave :** Joindre une copie du livret de famille et du document attestant du versement de l'allocation d'éducation spéciale.

COTISATION OPTIONNELLE :

Ce choix ne peut être remis en cause en cours d'année scolaire et l'option choisie vaut pour toute la durée de l'année scolaire. Pour le calcul de la pension de retraite, la période de travail à temps partiel de droit à l'occasion de la naissance ou de l'adoption d'un enfant est décomptée comme une période à temps plein.

Pour les autres types de temps partiel de droit et pour le temps partiel sur autorisation, la surcotation peut être sollicitée :

☐ **Je demande à surcotiser** sur la base du traitement soumis à une retenue pour pension correspondant à un agent de même grade, échelon et indice travaillant à temps plein.

☐ **Je ne demande pas à surcotiser**

QUOTITE SOLLICITEE :

(se reporter à la note de service concernant les modalités d'organisation)
(cocher les cases correspondantes)

Répartition hebdomadaire :

- ☐ 2 demi-journées libérées par semaine (environ 75%-79% en fonction de l'emploi du temps de l'école).
- ☐ 3 demi-journées libérées par semaine (environ 60%-70% en fonction de l'emploi du temps de l'école).
- ☐ 4 demi-journées libérées par semaine (environ 50%-55% en fonction de l'emploi du temps de l'école).

Répartition annuelle :

Le temps partiel peut être accompli dans un cadre annuel **sous réserve de l'intérêt du service.**

- ☐ 50 % = 5 demi-journées non travaillées + X jours à répartir sur l'année (le nombre de jours est fonction de l'emploi du temps de l'école)
- ☐ 60 % = 4 demi-journées non travaillées + X jours à répartir sur l'année (le nombre de jours est fonction de l'emploi du temps de l'école)
- ☐ 70 % = 3 demi-journées non travaillées + X jours à répartir sur l'année (le nombre de jours est fonction de l'emploi du temps de l'école)
- ☐ 80 % = 2 demi-journées non travaillées + X jours à répartir sur l'année (le nombre de jours est fonction de l'emploi du temps de l'école).

Répartition mensuelle :

- ☐ 50 % (articulé autour de 4 semaines).

Souhait de la ou les journées libérée(s)* : ☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Mercredi ☐ Jeudi ☐ Vendredi
* **Sous réserve des nécessités de service**

Répartition dans un cadre annualisé : Joindre impérativement une lettre de motivation dans les cas précis suivant :

- ☐ pour raison médicale (saisir le service médical à l'adresse suivante : sam@ac-poitiers.fr).
- ☐ pour raison sociale (saisir une assistante sociale des personnels à l'adresse suivante : as.pers.ia17@ac-poitiers.fr).

Seules les situations d'une extrême gravité, en lien avec l'établissement d'un rapport circonstancié et rédigé par Madame le médecin conseiller technique du service des affaires médicales en faveur des personnels ou bien par le service de l'action sociale en faveur des personnels seront prises en compte.

- ☐ 50% = temps plein sur 50% de l'année scolaire
 - ☐ je souhaite exercer à temps plein du 1^{er} septembre 2026 au 31 janvier 2027
 - ☐ je souhaite exercer à temps plein du 1^{er} février 2027 au 31 août 2027
- ☐ 60 % (temps plein sur 60% de l'année scolaire).
 - ☐ je souhaite exercer à temps plein du 1^{er} septembre 2026 au 12 mars 2027
 - ☐ je souhaite exercer à temps plein du 7 janvier 2027 au 31 août 2027
- ☐ 70 % (temps plein sur 70% de l'année scolaire).
 - ☐ je souhaite exercer à temps plein du 1^{er} septembre 2026 au 7 avril 2027
 - ☐ je souhaite exercer à temps plein du 29 novembre 2026 au 31 août 2027
- ☐ 80 % (temps plein sur 80% de l'année scolaire).
 - ☐ je souhaite exercer à temps plein du 1^{er} septembre 2026 au 15 mai 2027
 - ☐ je souhaite exercer à temps plein du 4 novembre 2026 au 31 août 2027.

- ☐ Engagement de l'agent concerné

Je soussigné(e) reconnait avoir pris connaissance des modalités du présent dispositif et m'engage à en appliquer les principes.

À _____
Le _____

Signature