



**Année scolaire 2019/2020
DEMANDE D'AUTORISATION DE REPRENDRE
LES FONCTIONS A TEMPS COMPLET**

Décret n° 82-624 du 20 juillet 1982 modifié - Décret n° 2002-1072 du 7 août 2002 - Décret n° 2004-678 du 8 juillet 2004

<p>NOM :</p> <p>Corps :</p> <p>Établissement :</p>	<p>PRÉNOM :</p> <p>Grade :</p>
---	---------------------------------------

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation :

DE REPRENDRE MES FONCTIONS A TEMPS PLEIN A COMPTER DU

Toute demande de modification anticipée de quotité de travail (à formuler 2 mois avant la date souhaitée) fait l'objet d'un examen particulier.

Date :

Signature de l'intéressé(e) :

Avis du chef d'établissement ou de service

favorable

défavorable

Fait à _____, le _____