

**VERIFICATION DE L’EGILIBILITE A UN CDI D’UN AED**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Informations sur l’AED** :  Civilité :  Madame  Monsieur  Nom d’usage : ………………………………………………………………………………………………………….........  Nom de naissance : ……………………………………………………………………………………………………….....  Prénom : ………………………………………………………………………………………………………………...........  Date de naissance : ……………………………………………………………………………………………………  Ancienneté de services en tant qu'AED sous contrat de droit public   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Premier jour de contrat** | **Dernier jour de contrat** | **Employeur** | **Académie** | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |

***Pièces obligatoires à joindre en cas d’emploi dans une autre académie*** : copie des contrats et certificats de travail

**Informations sur le poste** :

Etablissement : Type : …………………………..…………… RNE : …………………………………………….

Nom : ………………………………………………….…………………………………………….

Commune : ……………………………………………………………  REP  REP +

Date du passage en CDI souhaitée :……………………………………………………………….

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Quotité totale du poste en CDI** | | | | **…………%** | |
| **Détails de la quotité suivant les missions (à renseigner obligatoirement)** | | | | | |
| Internat | ……% | Externat | ……% | TICE (numérique) | ……% |
| Assistant pédagogique | ……% | Assistant de prévention et sécurité | ……% | Autres missions | ……% |

**Avis du chef d’établissement sur le passage en CDI :** ……………………………………………………………..

A …………………………………………….., le …………………………………

**Signature du chef d’établissement**