

DEMANDE D'AUTORISATION DE CUMUL D'ACTIVITE
ACCESSOIRE A L'ACTIVITE PRINCIPALE POUR L'ANNEE SCOLAIRE

Je, soussigné(e)

NOM..... Prénom.....

Professeur (autres fonctions – préciser) : de (discipline) :

Exerçant mon activité principale :

à temps partiel - à temps complet - à temps incomplet (1) au :
(établissement ou service dénomination, commune, ...)

Demande l'autorisation d'exercer l'activité accessoire suivante :

Nature : (enseignement, formations, autres – à préciser)

Identité de l'employeur :

Nature de l'organisme employeur :

Nombre d'heures : hebdomadaires, mensuelles, annuelles (1) du : au

Conditions de la rémunération : (taux horaire, mensuelle, ...)

Remis au chef d'établissement (ou de service) le : Signature

Partie réservée au chef d'établissement (ou de service) à l'exception des demandes des personnels
d'inspection et de direction instruites par le Recteur :

Demande reçue le

Je, soussigné(e)

(fonctions)

Donne un avis **FAVORABLE (1)** à la demande présentée ci-dessus
DEFAVORABLE (1)

L'activité accessoire sollicitée **NE PORTANT PAS (1)** **PORTANT (1)**
Atteinte au fonctionnement normal, à l'indépendance, à la neutralité du service exercé à titre principal par le demandeur.

**Tout avis défavorable doit être expressément explicité (sur papier libre le cas échéant) ;
le demandeur doit en prendre connaissance en le visant (date et signature).**

Transmis au Rectorat à la DPE le : Signature du chef d'établissement

Partie Réservee au Rectorat :

Bureau : accuse réception de la demande le

Autorisation accordée pour l'année scolaire

OUI (1) - NON (1) Bordeaux, le

Pour le Recteur et par délégation,