

Assistant d'éducation (AED)

DEMANDE D'AUTORISATION DE CUMUL D'ACTIVITÉS
**Pour les AED CDD ou pour les AED CDI dont la quotité de travail est
supérieure à 70 %**

Décret n° 2020-69 du 30 janvier 2020

Partie à remplir par l'agent

NOM et prénom de l'AED :

.....

Quotité du contrat :

à temps complet

à temps incomplet : indiquer la quotité en %

Etablissement (indiquer le nom et le RNE) :

.....

.....

**PROJET D'EXERCER UNE ACTIVITÉ ACCESSOIRE A L'ACTIVITÉ
PRINCIPALE**

L'activité doit être exercée en dehors des heures de travail de l'activité principale et hors période de congés payés (cela signifie concrètement que durant 25 jours lors des vacances scolaires, l'agent n'exerce aucune activité), dans la limite de la durée maximale légale du travail : 48 heures sur une même semaine ou 44 heures sur une période de 12 semaines consécutives.

Autorisation valable pour la période du ___ / ___ / ____ au ___ / ___ / ____ inclus.

Description de l'activité envisagée

Identité de l'employeur où serait exercée l'activité accessoire :

.....

Fonctions exercées :

.....

Nombre d'heures hebdomadaires et mensuelles :

.....

Horaires de l'activité :

.....

Conditions de rémunération

Taux horaire brut :

.....

Montant brut mensuel :

.....

Exercez-vous déjà une ou plusieurs activité(s) accessoire(s) : OUI NON
En cas de réponse positive, veuillez décrire précisément ces activités (caractère public ou privé, durée, périodicité et horaires) :

.....
.....

➤ *Je certifie avoir pris connaissance de la législation applicable en matière de cumul et je prends note que la violation des dispositions relatives au cumul donne lieu au reversement des sommes indûment perçues par voie de retenue sur le traitement, sans préjudice de l'application de l'article 432-12 du code pénal.*

Le

Signature de l'AED

Partie à remplir par l'administration

Avis de l'établissement (valant visa pour les AED CDD)

Avis de l'établissement : Favorable Défavorable

Observations :

.....

Le Signature et tampon

----- Uniquement pour les AED CDI -----

Visa de l'employeur (dpasco3-aedcdi@ac-bordeaux.fr)

à transmettre par voie électronique en retour à l'AED et à l'établissement

Avis : Favorable Défavorable

Observations :

.....

Le

Signature et tampon