

ORGANISATION DES SERVICES À TEMPS PARTIEL ET PARTICULIERS

(pour tout personnel à temps partiel ou postes partagés, titulaire ou non)

À RETOURNER À L'INSPECTION POUR LE 2 SEPTEMBRE 2016

NOM / Prénom de l'enseignant :

Titulaire

École de rattachement :

1) NATURE DU SERVICE

Temps partiel Décharge Coordonnateur
 Décharge de direction Modulateur PEMF
 (mettre une croix dans la (les) case(s) correspondante(s) au service)

Coordonnées de l'école (ou des écoles si exercice sur plusieurs sites)	Niveau de classe	Quotité de service	Noms, prénoms des enseignants (complétés ou remplacés)
Désignation/ adresse et tél. :		¼ <input type="checkbox"/> ½ <input type="checkbox"/> ¾ <input type="checkbox"/>	
Désignation/ adresse et tél. :		¼ <input type="checkbox"/> ½ <input type="checkbox"/> ¾ <input type="checkbox"/>	
Désignation/ adresse et tél. :		¼ <input type="checkbox"/> ½ <input type="checkbox"/> ¾ <input type="checkbox"/>	
Désignation/ adresse et tél. :		¼ <input type="checkbox"/> ½ <input type="checkbox"/> ¾ <input type="checkbox"/>	

2) ORGANISATION DU SERVICE - Indiquer pour chaque demi-journée l'école d'exercice

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin					
Après-midi					

cocher d'une croix les mercredis travaillés

Septembre		Octobre		Novembre		Décembre		Janvier		Février		Mars		Avril		Mai		Juin		Juillet	
7		5		9		7		4		1		8		5		3		7		5	
14		12		16		14		11		8		15		12		10		14			
21		19		23				18		15		22				17		21			
28				30				25				29				24		28			
																31					