

DEMANDE D'AUTORISATION DE CUMUL

d'activité accessoire à l'activité principale - Année scolaire 20... / 20...

Cette autorisation n'est valable que pour la durée de l'année scolaire indiquée

LE DEMANDEUR : _____

Je soussigné, NOM : Prénom :
AESH, exerçant mon activité principale : à temps complet à temps incomplet Quotité : _____ %

L'EMPLOYEUR : _____

Lycée mutualisateur :
↳ Eiffel à Armentières Claudel à Fourmies Branly à Boulogne-sur-Mer
ou DSDEN du Pas-de-Calais

PIAL D'EXERCICE (résidence administrative) : _____

RNE : Ets : Ville :

DEMANDE _____

l'autorisation d'exercer l'activité accessoire suivant (une demande par activité annexe) :

Nature de l'activité (CLSH, activités périscolaires...) :

Identité de l'employeur :

Nbre d'heures : h hebdomadaires mensuelles annuelles du : au

↳ préciser les horaires si l'activité est régulière :

Conditions de rémunération (taux horaire, mensuel...) :

description de ces activités accessoires :

.....

Je déclare avoir pris connaissance de la note rectorale relative au cumul, à, le/...../20.....

Signature de l'AESH :

AVIS DE L'AUTORITÉ : _____

Je soussigné (Prénom, Nom et qualité),, donne un avis

Favorable Défavorable à l'activité accessoire sollicitée,
 ne portant pas portant atteinte au fonctionnement normal, à l'indépendance, à la neutralité du service public exercé à titre principal par le demandeur.

à, le/...../20.....

**Signature du chef d'établissement,
tête du réseau PIAL**

*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))*

L'EMPLOYEUR : _____

Autorisation accordée : oui non

↳ motivation en cas de refus : à, le/...../20.....

Signature :

DEMANDE D'AUTORISATION DE CUMUL A TRANSMETTRE A

dscden62.sagere@ac-lille.fr