#### DEMANDE D’AUTORISATION DE CUMUL D’ACTIVITE ACCESSOIRE A L’ACTIVITE PRINCIPALE

#### ANNEE SCOLAIRE\* 2017-2018

**\* Cette autorisation n’est valable que pour la durée de l’année scolaire indiquée**

1ère demande pour 2017/2018  Demande complémentaire/Additif à une 1ère demande

Autre demande pour 2017/2018

Je soussigné(e) : **NOM** :       **Prénom** :

Adresse email :

**Grade** : Choisissez un élément. **Discipline** : Choisissez un élément.

Exerçant mon **activité principale** :  à temps partiel  à temps complet  à temps incomplet

Position : Choisissez un élément.

**Etablissement / code postal / ville de rattachement :**

**Email de l’établissement** :

- **déclare avoir pris connaissance de la note rectorale relative au cumul**

- **demande l’autorisation d’exercer l’activité accessoire suivante** :

**Nom de l’employeur** **secondaire / code postal / ville** :

**Type d’activité secondaire :** Choisissez un élément.

**\*Activité auto-entrepreneur :** Choisissez un élément.

**Descriptif de l’activité :**

**Date de début** :       **Date de fin :**

**Heures maximum sollicitées sur la période** :  heures

**Remis au chef d’établissement (ou de service) le** :       Signature de l’intéressé(e)

**Partie réservée au chef d’établissement (ou de service)**

**Je soussigné(e)**

(fonctions)

donne un avis 🞎 FAVORABLE 🞎 DEFAVORABLE

L’activité accessoire sollicitée 🞎 NE PORTANT PAS 🞎 PORTANT

atteinte au fonctionnement normal, à l’indépendance, à la neutralité du service public où est exercée l’activité principale 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, signature et cachet du chef d’établissement (ou de service)