

**DEMANDE D'AUTORISATION DE CUMUL D'ACTIVITES A TITRE ACCESSOIRE**

Décret n° 2017-105 du 27 janvier 2017

**Année scolaire 201..../201....**

**Attention. Ce document est à remplir préalablement à l'exercice de toute activité accessoire. Il doit être signé par l'employeur de l'activité accessoire avant d'être envoyé à la DIPE 1 pour décision**

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_ **Grade :** \_\_\_\_\_ **Etablissement :** \_\_\_\_\_

**Modalité de service :**  Temps complet  Temps partiel %

Exercez-vous déjà une ou plusieurs activité(s) accessoire(s) pour l'année scolaire en cours ?  Oui  Non Si oui, à préciser (Nom de l'employeur, type d'activité, nombre d'heures hebdomadaires) : \_\_\_\_\_

**Renseignements concernant l'activité accessoire sollicitée :**

Identité de l'employeur : <input type="checkbox"/> Public <input type="checkbox"/> Privé  Adresse	Nature des activités exercées – secteur d'activité	Nombre d'heures	Montant annuel de la rémunération
---	--	-----------------	-----------------------------------

**Date d'effet à donner à l'autorisation de cumul :** du / / au / / Date, Visa et cachet de l'employeur de l'activité accessoire sollicitée

<p><b>Avis de l'IEN de circonscription</b></p> <p><input type="checkbox"/> Avis favorable</p> <p><input type="checkbox"/> Avis défavorable</p> <p>Motif :</p> <p>Date et signature:</p>	<p><b>Décision du DASEN :</b> <input type="checkbox"/> Accord <input type="checkbox"/> Refus</p> <p>A Nice, le (Signature)</p>
---	--