VILLE DE PARIS

Direction des Affaires Scolaires
Sous-Direction de la Politique Éducative
Bureau des Moyens Éducatifs

Demande d'autorisation de cumul d'activité

Attention : Le cumul d'activité n'est pas autorisé pour les agents bénéficiant d'un temps partiel thérapeutique

Prénom : ..... **NOM :** .....

SOI : ..... Discipline : ☐ AP ☐ EM ☐ EPS

Quotité de travail : ☐ 100% ☐ 95% ☐ 80% ☐ 68,75% ☐ 52,50%

Domaine et nature de l'activité accessoire :

☐ Activité périscolaire : ☐ Interclasse ☐ Études surveillées ☐ TAP, Atelier Bleu

☐ Activité extrascolaire : ☐ Mercredis du Sport ☐ Centre de loisirs ☐ Colonies de vacances

☐ Autre activité péri ou extrascolaire (préciser : .....)

☐ Expertise et consultation

☐ Enseignement et formation, y compris participation à un jury d'examen

☐ Aide à domicile, Services à la personne ou travaux de faible importance réalisés chez des particuliers

☐ Vente de biens produits personnellement par l'agent.

☐ Autres domaines (préciser : .....)

Description de l'activité envisagée :

Fonctions : .....

Lieu d'exercice : .....

Période : du : | | | | | 2 | 0 | | | au : | | | | | 2 | 0 | | |

Modalités d'exercice de l'activité :

Jour(s) : ..... Horaires : .....

.....

Le cumul d'activité ne peut pas s'effectuer sur le temps de service (référence : emploi du temps envoyé au BME)

.

Conditions de rémunération : ..... **€/heure** (taux horaire ☐ brut ☐ net)

Employeur :

Dénomination : .....

Statut : ☐ Ville de Paris ☐ Autre collectivité ☐ Association ☐ Activité libérale ou entreprise

Adresse : ..... Code postal : ..... Commune : .....

Le ou la professeur·e : Date : Signature :

AVIS DU BUREAU DES MOYENS ÉDUCATIFS		DECISION DU BUREAU DE GESTION DES PERSONNELS	
☐ Avis favorable ☐ Avis défavorable	Date :	☐ Autorisation accordée sous réserve des nécessités de service ☐ Refus	Date :
Observations :	Signature :	Observations :	Signature :

FORMULAIRE A ENVOYER PAR COURRIEL À **PVP@PARIS.FR** EN PRÉCISANT EN OBJET VOTRE NOM, PRÉNOM ET DISCIPLINE