

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	
<input type="checkbox"/> Avis favorable	Date :	<input type="checkbox"/> Autorisation accordée sous réserve des nécessités de service	Date :
<input type="checkbox"/> Avis défavorable	Signature :	<input type="checkbox"/> Refus	Signature :
Observations :		Observations :	