

**CIRCULAIRE
ENVOYEE PAR
COURRIER
ELECTRONIQUE**

DEMANDE D'AUTORISATION DE CUMUL D'ACTIVITÉS

ANNÉE 2017

Décret n°2007-658 du 2 mai 2007 modifié par le décret n°2011-82 du 20 janvier 2011

ATTENTION : LA DEMANDE D'AUTORISATION DOIT ETRE PREALABLE A LA DATE DE DEBUT DE L'ACTIVITE ACCESSOIRE

Toutes les rubriques doivent obligatoirement être complétées

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FONCTION PRINCIPALE

Je soussigné(e), NOM Prénom

Etablissement :

Fonction : Discipline (pour les enseignants) :

Quotité de service : à temps partiel à temps complet à temps incomplet

Préciser le nombre d'heures hebdomadaires pour les temps partiels et incomplets : heures

HSA : HSE : COLLES :

Autorisation(s) de cumul déjà accordée(s) au titre de l'année scolaire en cours :

Organisme : Nb d'heures :

Demande à exercer l'activité accessoire ci-dessous :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FONCTION SECONDAIRE

Nature exacte de l'activité :

Employeur (nom complet, nom du responsable, adresse, téléphone) :

Date de début :/...../..... Date de fin :/...../.....

Temps consacré par jour..... par semaine..... par mois..... soit au total par an

Conditions de la rémunération (taux horaire, mensuelle,...) :

Estimation annuelle de la rémunération afférente :



L'employeur secondaire attestant l'exactitude des renseignements relatifs à l'activité secondaire et s'engageant à transmettre à l'employeur principal le décompte des sommes perçues au plus tard le 31/03/2018.

Date, cachet et signature (obligatoire) :

Remis au chef d'établissement le :



• **Je certifie avoir pris connaissance de la circulaire académique du 5 décembre 2016 relative au cumul d'activités et je prends note que toute demande transmise hors délai sera refusée et qu'aucune autorisation rétroactive ou de régularisation ne sera acceptée.**

Date (obligatoire):

Signature du demandeur (obligatoire):

PARTIE A REMPLIR PAR LE SUPERIEUR HIERARCHIQUE DE L'EMPLOI PRINCIPAL
Demande reçue le
AVIS SUR LA DEMANDE D'AUTORISATION DE CUMUL :
<input type="checkbox"/> FAVORABLE <input type="checkbox"/> DEFAVORABLE
OBSERVATIONS COMPLEMENTAIRES :
.....
.....
Le signataire de la présente, ayant pris connaissance des renseignements fournis par l'intéressé(e) en atteste l'exactitude et certifie :
- qu'il accomplit les obligations statutaires afférentes à sa fonction et à son grade
- qu'il n'a pas refusé d'effectuer des heures supplémentaires à quelque titre que ce soit
- qu'il ne bénéficie pas de décharge à quelque titre que ce soit
Fait à, le
Date, cachet et signature :

DECISION DU VICE-RECTEUR
Demande reçue le
<input type="checkbox"/> FAVORABLE <input type="checkbox"/> DEFAVORABLE
Motif du rejet :
.....
Observations :
.....
Fait à Nouméa, le