

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

**AGENTS A TEMPS COMPLET OU A TEMPS PARTIEL**

**Décret n° 2017-105 du 27 janvier 2017**

**RECTORAT - POLE RESSOURCES HUMAINES**

NOM – PRENOM :……………………………………………………………………………………………………………... CORPS / GRADE : …………………………………… DISCIPLINE (pour les enseignants) : ………………………….. ADRESSE PROFESSIONNELLE : ………………………………………………………………………………………….. TELEPHONE : ……………………………………… ADRESSE ELECTRONIQUE : ……………………………………

# DESCRIPTION DE L’ACTIVITE PRINCIPALE EXERCEE :

ETABLISSEMENT /SERVICE : ……………………………………………………………………………………………… Fonctions exercées : ………………………………………………………………………………………………………….. Exercez-vous ces fonctions : □ à temps complet □ à temps partiel (quotité : …………)

Position administrative pendant la période de cumul :

* activité □ congé parental
* congé de formation professionnelle □ autres (préciser) : …………………………...

# PROJET DE CUMUL AVEC UNE ACTIVITE ACCESSOIRE :

**ATTENTION : la demande d’autorisation doit être préalable à la date de début de l’activité.**

## A – DESCRIPTION DE L’ACTIVITE ENVISAGEE :

Préciser s’il s’agit :

## □ d’une activité publique

Nom et adresse de l’établissement : (préciser si Etat, collectivités territoriales, organisme public….) :

…………………………………………………………………………………………………………………………………...

....................................................................................................................................................................................

## d’une activité privée

Nom et adresse de l’établissement : ………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………………………………………....

**Nature de l’activité accessoire :** ……………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Situation dans l’activité accessoire** (contractuel, vacataire…) **:** ……………………………………………………….

**Temps de travail consacré à cette activité** (nombre d’heures hebdomadaires /annuelles) **:** ……………………...

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Période à prendre en compte pour cette activité :** du …………………………….. au ………………………………

## Modalités de rémunération de l’activité :

Forme de la rémunération : Traitement (préciser l’indice) – Indemnités – Honoraires – Vacations (préciser le taux horaire) – Autre forme (préciser) : ……………………………………………………………………………………………

Montant annuel de la rémunération : ………………………………………………………………………………………...

**Conditions de réalisation de l’activité** (préciser les jours et horaires de l’activité) : …………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………....

## B – AUTRES ACTIVITES ACCESSOIRES AU TITRE DE CETTE PRESENTE ANNEE SCOLAIRE :

**Avez-vous déjà eu des autorisations de cumul d’activités au titre de cette présente année scolaire ?**

□ Oui □ Non

En cas de réponse positive, veuillez décrire précisément ces activités (nature de l’activité, caractère public privé, durée, périodicité et horaires, montant de la rémunération…) :

…………………………………………………………………………………………………………………………………....

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

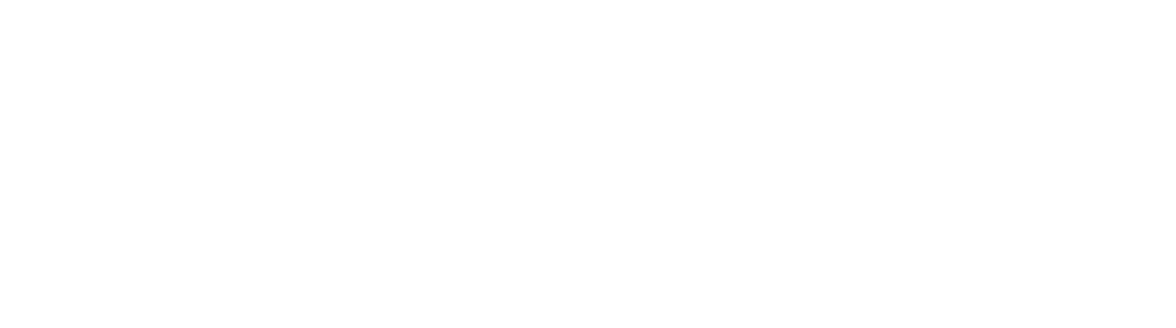
…………………………………………………………………………………………………………………………………….



* Je prends note qu’en cas de changement substantiel dans les conditions d’exercice ou de rémunération de l’activité faisant l’objet de cette demande d’autorisation, je devrais formuler une nouvelle demande d’autorisation.
* Je prends note que l’autorisation n’est pas définitive et que l’administration peut, à tout moment, s’opposer à l’exercice ou à la poursuite d’une activité qui a été autorisée si :
  + l’activité autorisée perd son caractère accessoire,
  + l’activité porte atteinte au fonctionnement normal, à l’indépendance ou à la neutralité du service,
  + les informations sur le fondement desquelles l’autorisation a été donnée apparaissent erronées.
* Je certifie avoir pris connaissance des dispositions du décret n° 2017-105 du 27 janvier 2017 relatif à l’exercice d’activités privées par des agents publics et certains agents contractuels de droit privé ayant cessé leurs fonctions, aux cumuls d’activités et à la commission de déontologie de la fonction publique.

Fait à …………………………… le …………………………

Signature du demandeur :



**AVIS ET VISA DU CHEF D’ETABLISSEMENT OU DE SERVICE DE L’ACTIVITE PRINCIPALE**

* Favorable
* Défavorable

Motif(s) avis défavorable : ………………………………………………………………………………………

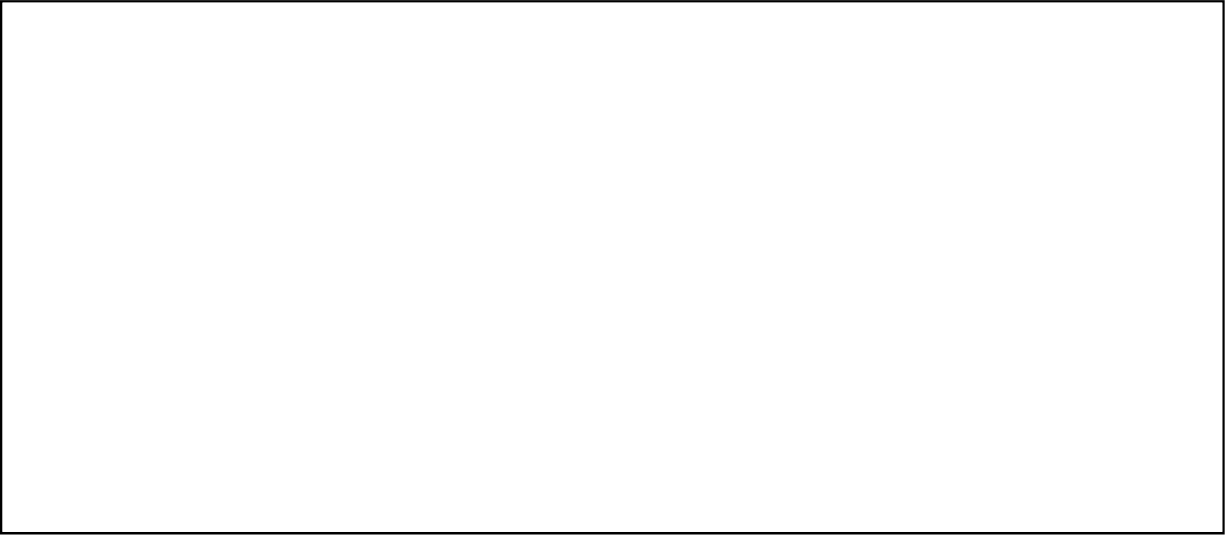
……………………………………………………………………………………………………………………....

……………………………………………………………………………………………………………………….

Fait à ………………………………………..

le ………………………………

Signature et cachet :



**DECISION DU RECTEUR**

* Autorisation accordée
* Autorisation refusée

Motif(s) refus : ………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………....

……………………………………………………………………………………………………………………….

le ………………………………

Signature et cachet :

Fait à ………………………………………..



**La présente décision ne vaut que pour l’année scolaire en cours et doit donner lieu à renouvellement annuel.**

# Demande à transmettre :

## Pour les personnels enseignants du second degré:

Division des personnels enseignants (DPE) -Gestionnaire de la discipline

Voir l’annuaire à l’adresse suivante :

<https://accolad.ac-montpellier.fr/section/academie/services-academiques/pole-ressources-humaines/dpe> - Tél secrétariat : 04.67.91.46.56 ou 46.53

## Pour les personnels enseignants des premier et second degrés de l’enseignement privé :

Division des établissements d’enseignement privés (DEEP)

Mel : [ce.recdeep@ac-montpellier.fr](mailto:ce.recdeep@ac-montpellier.fr) - Tél secrétariat : 04.67.91.50.63

## Pour les personnels de direction, d’inspection et ATSS :

Division des Personnels Administratifs, Techniques et d’Encadrement (DPATE)

Mel: [ce.recdpate@ac-montpellier.fr](mailto:ce.recdpate@ac-montpellier.fr) - Tél secrétariat : 04 67 91 47 96