

**DEMANDE D'AUTORISATION DE CUMUL D'ACTIVITE ACCESSOIRE A L'ACTIVITE PRINCIPALE  
ANNEE SCOLAIRE\* 2017-2018**

*\* Cette autorisation n'est valable que pour la durée de l'année scolaire indiquée*

- 1<sup>ère</sup> demande pour 2017/2018     Demande complémentaire/Additif à une 1<sup>ère</sup> demande  
 Autre demande pour 2017/2018

Je soussigné(e) : **NOM** :

**Prénom** :

Adresse email :

**Grade** : Choisissez un élément.

**Discipline** : Choisissez un élément.

Exerçant mon **activité principale** :  à temps partiel     à temps complet     à temps incomplet

Position : Choisissez un élément.

**Etablissement / code postal / ville de rattachement** :

**Email de l'établissement** :

- déclare avoir pris connaissance de la note rectorale relative au cumul
- demande l'autorisation d'exercer l'activité accessoire suivante :

**Nom de l'employeur secondaire / code postal / ville** :

**Type d'activité secondaire** : Choisissez un élément.

**\*Activité auto-entrepreneur** : Choisissez un élément.

**Descriptif de l'activité** :

**Date de début** :

**Date de fin** :

**Heures maximum sollicitées sur la période** :

heures

**Remis au chef d'établissement (ou de service) le** :

Signature de l'intéressé(e)

**Partie réservée au chef d'établissement (ou de service)**

**Je soussigné(e)**

(fonctions)

donne un avis

L'activité accessoire sollicitée

FAVORABLE

NE PORTANT PAS

DEFAVORABLE

PORTANT

atteinte au fonctionnement normal, à l'indépendance, à la neutralité du service public où est exercée l'activité principale par le demandeur.

**Tout avis défavorable doit être expressément explicité (sur papier libre le cas échéant, le demandeur doit en prendre connaissance en le visant)**

Date, signature et cachet du chef d'établissement (ou de service)