COUR D'APPEL DE :			ANNEXE 2		
	DEMANDE D'EXE	RCICE DES FONCT	IONS A TEMPS PA	ARTIEL de DROIT	
NOM:			Affectation :		
NOM D'USAGE :			Grade:		
Prénom :			Fonction exercée :		
Date de naissance :					
L ) DEMANDE I	OF TEMPS PA	RTIEL DE DRO	IT		
Préciser la date de r Pour handicap r RQTH, AAH, carte in Pour donner de avec le handicap précis	naissance de l'enfan elevant de l'obliga validité,) s soins à un memb sant la nécessité d'ass	ore de sa famille (join sistance d'une tierce per	au foyer :e un justificatif de la sit ndre un justificatif du sonne)	uation justifiant l'obliga lien de parenté et justif	ation d'emploi : décision îcatif médical ou en lien
□INITIAL	E	☐ RENOUVELLE sans changement		RENC avec char	OUVELLEMENT ngement de taux
TAUX PRECEDENT	%				
		Quotité souhaitée (*):			
	50%	60%	70%	80%	
	Date d'effet so	uhaité :			
	Dure	ée (*) :	6 mois	1 an	
Modalites :	(*) Cocher la case co	orrespondante			l
Cadre quotidie	<u> </u>	dre Hebdomadaire ur(s) d'absence :		Cadre annuel (join périodes non trav	
OUI NON		sollicité compte tenu soit saisie d'un éventu			a la fonction exercée ? ement d'affectation ?
		on (art.1-1 du décret ent dûment complétée		OUI NOI	V
II ) DEMANDE D	E REINTEGRA	TION TEMPS PI	-EIN		
DATE D'EFFET SOU  1er Mars	<sup>er</sup> Septembre		Autre (précisez) : .		
Le :	à :		Signa	ture :	
Avis des chefs de	cour :	DEEAVORARI		Signatures	
FAVORABLE		DEFAVORABL	E	Signatures:	
Avis des chefs de j	uridiction ou de	greffe:	E	Signatures :	

Rappel: Dans le cas d'un avis défavorable, il convient de joindre à la demande : le procès-verbal d'entretien et le rapport des responsables de la juridiction, accompagné de l'avis des chefs de cour.