**DEMANDE D’AUTORISATION OU DECLARATION DE CUMUL**

**D’ACTIVITES A TITRE ACCESSOIRE OU DANS LE CADRE D’UN EMPLOI**

**A TEMPS INCOMPLET**

**PERSONNELS AESH**

* Article 25 septies à 25 octies de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires ;
* Décret n° 2020-69 du 30 janvier 2020 relatif aux contrôles déontologiques dans la fonction publique

**IDENTITE DE L’AESH :**

NOM-PRENOM  : ……………………………………………………………………………………………………………..………

ADRESSE PERSONNELLE : ………………………………………………………………………………………………………..

NATURE DU CONTRAT : 🞎 T2 ou 🞎 HT2

PIAL de rattachement : ………………………………………………………………………………………………

Ecoles() ou établissement(s) d’exercice : …………………………………………………..…………………………………………….

TELEPHONE : …………………………………………ADRESSE ELECTRONIQUE ACADEMIQUE ……………………….

**DESCRIPTION DE L’ACTIVITE PRINCIPALE EXERCEE :**

**Emploi du temps :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **MATIN** | | **APRES-MIDI** | |
|  | **DEBUT** | **FIN** | **DEBUT** | **FIN** |
| **LUNDI** | H | H | H | H |
| **MARDI** | H | H | H | H |
| **MERCREDI** | H | H | H | H |
| **JEUDI** | H | H | H | H |
| **VENDREDI** | H | H | H | H |

**A quelle quotité exercez-vous vos fonctions : …………………… %**

**PROJET DE CUMUL D’ACTIVITE :**

** dans le cadre de l’activité accessoire**

** dans le cadre de l’activité accessoire sous le régime micro-social** (anciennement auto-entrepreneur)

**DESCRIPTION DE L’ACTIVITE ENVISAGEE :**

***Information sur l’organisme employeur :***

* **Identité complète de l’employeur** nature et secteur d’activité de l’organisme pour le compte duquel s’exercera l’activité accessoire (si personne privée (lien éventuel avec l’agent), entreprise, administration,collectivité publique,association, autre…..) et coordonnées complètes :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

***Information sur l’activité accessoire :***

* **Nature de l’activité accessoire[[1]](#footnote-1) :**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Durée : dates de début et de fin, nombre de semaines, mois :**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Emploi du temps :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **MATIN** | | **APRES-MIDI** | |
|  | **DEBUT** | **FIN** | **DEBUT** | **FIN** |
| **LUNDI** | H | H | H | H |
| **MARDI** | H | H | H | H |
| **MERCREDI** | H | H | H | H |
| **JEUDI** | H | H | H | H |
| **VENDREDI** | H | H | H | H |

**Conditions et estimation (en euros) de rémunération de l’activité :**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Exercez-vous déjà une ou plusieurs activité(s) accessoire (s) ? ** Oui **** Non

**En cas de réponse positive, veuillez décrire précisément ces activités (caractère public ou privé, durée, périodicité et horaires approximatifs, etc.)**

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**DECLARATION SUR L’HONNEUR**

*(à remplir dans le cas d’un cumul avec une activité accessoire à caractère privé)*

Je soussigné (NOM PRENOM) …………………………………………………………………………..souhaitant cumuler mon activité principale avec une activité privée accessoire pour le compte de *(nom et coordonnées de l’entreprise ou de l’organisme)* ………………………………………………………………………….,déclare sur l’honneur ne pas être chargé, dans le cadre de mon activité principale, de la surveillance ou de l’administration de cette entreprise ou de cet organisme, au sens de l’article L. 432-12 du code pénal.

Fait à ……………………………………………. Le ……..................................

Signature :

**B) Avis du supérieur hiérarchique**

Avis du responsable du PIAL sur la demande ou la déclaration de cumul

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Date Signature *(identité, grade et fonctions du responsable)*

Décision de l’inspectrice d’académie – directrice académique des services de l’éducation nationale sur la demande/déclaration de cumul ou du proviseur du lycée mutualisateur académique Niépce Balleure

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Date Signature *(identité, grade et fonctions du responsable)*

*Important : en cas de changement substantiel dans les conditions d’exercice ou de rémunération de l’activité faisant l’objet de cette demande d’autorisation, il sera considéré que vous exercez une nouvelle activité, et vous devrez formuler une nouvelle demande d’autorisation.*

*L’autorisation que vous sollicitez n’est pas définitive. L’autorité dont vous relevez peut s’opposer à tout moment à la poursuite d’une activité qui a été autorisée, si :*

* *l’intérêt du service le justifie,*
* *les informations sur le fondement desquelles l’autorisation a été donnée apparaissent erronées,*
* *l’activité autorisée perd son caractère accessoire.*

**Activités autorisées**

**1° Expertise et consultation, sans préjudice des dispositions du 3° du I de l'article 25 septies de la loi du 13 juillet 1983 mentionnée ci-dessus et, le cas échéant, sans préjudice des dispositions des articles L. 531-8 et suivants du code de la recherche ;**

**2° Enseignement et formation ;**

**3° Activité à caractère sportif ou culturel, y compris encadrement et animation dans les domaines sportif, culturel ou de l'éducation populaire ;**

**4° Activité agricole au sens du premier alinéa de l'article L. 311-1 du code rural et de la pêche maritime dans des exploitations agricoles constituées ou non sous forme sociale ;**

**5° Activité de conjoint collaborateur au sein d'une entreprise artisanale, commerciale ou libérale mentionnée à l'article R. 121-1 du code de commerce ;**

**6° Aide à domicile à un ascendant, à un descendant, à son conjoint, à son partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou à son concubin, permettant au fonctionnaire de percevoir, le cas échéant, les allocations afférentes à cette aide ;**

**7° Travaux de faible importance réalisés chez des particuliers ;**

**8° Activité d'intérêt général exercée auprès d'une personne publique ou auprès d'une personne privée à but non lucratif;**

**9° Mission d'intérêt public de coopération internationale ou auprès d'organismes d'intérêt général à caractère international ou d'un Etat étranger ;**

**10° Services à la personne mentionnés à l'article L. 7231-1 du code du travail ;**

**11° Vente de biens produits personnellement par l'agent.**

**Les activités mentionnées aux 1° à 9° peuvent être exercées sous le régime prévu à l'article L. 613-7 du code de la sécurité sociale.**

**Pour les activités mentionnées aux 10° et 11°, l'affiliation au régime mentionné à l'article L. 613-7 du code la sécurité sociale est obligatoire.**

1. Activités autorisées : voir en dernière page de ce formulaire. [↑](#footnote-ref-1)