



**ACADÉMIE
DE LILLE**

Liberté
Égalité
Fraternité

**IMPRIME DE DISPONIBILITE (cf notice d'information) :
DEMANDE INITIALE / RENOUELEMENT /
REINTEGRATION APRES UNE DISPONIBILITE PROTEGEE**

à adresser au Rectorat de Lille
Département de l'Enseignement Privé
 BGC 1^{er} degré (BGC1D)
 BGC 2nd degré – 1 (BGC2D-1)
 BGC 2nd degré – 2 (BGC2D-2)
144 rue de Bavay - 59000 Lille

- DEMANDE INITIALE
 DEMANDE DE RENOUELEMENT
 DEMANDE DE REINTEGRATION
APRES UNE DISPONIBILITE PROTEGEE

LE MAITRE SOUSSIGNE	ETABLISSEMENT
Nom – Prénom :	<input type="checkbox"/> Ecole privée <input type="checkbox"/> 59 <input type="checkbox"/> 62
DEMEURANT :	<input type="checkbox"/> Contrat d'Association <input type="checkbox"/> Contrat Simple
N° de téléphone :	<input type="checkbox"/> CLG privé <input type="checkbox"/> LYC privé <input type="checkbox"/> LP privé
Adresse mail :@.....	RNE :
QUALITE : <input type="checkbox"/> Contrat définitif	Nom de l'établissement :
	VILLE :

- présente :** (1) (2) une demande initiale à compter du ___/___/_____
- (1) (2) un renouvellement* à compter du ___/___/_____
- (1) (3) une réintégration* après disponibilité protégée à compter du ___/___/_____
- à Temps Complet Temps Partiel de Droit __% Temps Partiel sur Autorisation __.%
- (1) (4) une réintégration dans une académie autre que l'académie de Lille au 1^{er} septembre 2024

	DISPONIBILITE DEMANDE	SUR	Justificatifs à fournir	DISPONIBILITE DE DROIT	Justificatifs à fournir	Réintégration
POSTE NON PROTEGE	<input type="checkbox"/> pour études ou recherches d'intérêt général (poste non protégé) <input type="checkbox"/> pour convenances personnelles (poste non protégé) <input type="checkbox"/> pour créer ou reprendre une entreprise (art L.351-24 du code du travail) (poste non protégé)		- Attestation précisant le diplôme préparé ou un certificat d'inscription dans un établissement d'enseignement - Toutes pièces justificatives de nature à éclairer l'administration dans sa décision. - Attestation de création d'entreprise ou de reprise d'entreprise - Avoir accompli au moins 3 ans de services effectifs dans l'administration	<input type="checkbox"/> pour suivre son conjoint, partenaire (PACS) (poste non protégé) <input type="checkbox"/> pour exercer un mandat d'élu local (poste non protégé)	- Justificatif familial d'état civil ou attestation d'inscription d'un PACS - Attestation de l'employeur du conjoint ou du partenaire lié par un PACS précisant le lieu de travail (les documents non établis en français doivent être accompagnés d'une traduction certifiée conforme à l'original par un traducteur assermenté) - Justificatif de la collectivité territoriale	PARTICIPATION AU MOUVEMENT OBLIGATOIRE
POSTE PROTEGE (cf NOTICE D'INFORMATION)				<input type="checkbox"/> pour soins au conjoint, partenaire, enfant ou ascendant suite à un accident ou maladie grave (poste protégé un an) <input type="checkbox"/> pour élever un enfant de moins de 12 ans (poste protégé un an) <input type="checkbox"/> pour soins à enfant, conjoint, partenaire, ascendant atteint d'un handicap nécessitant la présence d'une tierce personne (poste protégé un an) <input type="checkbox"/> pour se rendre dans les DOM, les COM, en Nouvelle Calédonie ou à l'étranger en vue d'adopter un ou plusieurs enfant(s) (poste protégé)	- Justificatif familial d'état civil ou attestation d'inscription d'un PACS - Certificat médical - Justificatif familial d'état civil - Justificatif familial d'état civil ou attestation d'inscription d'un PACS - Certificat médical - Justificatif du handicap - Justificatif d'agrément	DEMANDE REINTEGRATION OU RENOUELEMENT 3 MOIS AVANT

(1) Cocher la rubrique qui correspond à votre demande (2) Joindre les pièces justificatives (3) Compléter une demande de temps partiel

* **Les demandes de renouvellement et de réintégration** sont à solliciter **3 mois avant l'expiration** de la période de disponibilité en cours.

➤ **En cas de réintégration**, transmettre : avis de reprise de service, 2 RIB-IBAN originaux, formulaire relatif au Supplément Familial de Traitement (SFT) signé par le maître, son conjoint et son employeur (en cas de demande) et formulaire complété en cas de changement de situation (adresse, téléphone...)

Fait à, le

Signature de l'intéressé(e)

NOM et signature du chef d'établissement :

Cachet de l'établissement

Avis :