



**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 courriel :@.....	RNE :
QUALITE : <input type="checkbox"/> Contrat définitif <input type="checkbox"/> Agrément définitif	Nom de l'établissement :
	COMMUNE :

- présente :** (1) une demande initiale à compter du ___/___/_____
 (1) un renouvellement* à compter du ___/___/_____
 une réintégration* après disponibilité protégée à compter du ___/___/_____
à Temps Complet (2) Temps Partiel de Droit ___% (2) Temps Partiel sur Autorisation ___%
 une réintégration dans une académie autre que l'académie de Lille au 1^{er} septembre 2025

(1) Joindre les pièces justificatives (2) Compléter une demande de temps partiel

* **Les demandes de renouvellement et de réintégration** sont à solliciter **au plus tard 3 mois avant l'expiration** de la période de disponibilité en cours.
En cas de réintégration, transmettre : avis de reprise de service établi par le chef d'établissement et 2 RIB-IBAN originaux.

	DISPONIBILITE SUR DEMANDE	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 moins de 6 mois 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 de moins de 6 mois - Justificatif familial d'état civil - Justificatif familial d'état civil ou attestation d'inscription d'un PACS - Certificat médical de moins de 6 mois - Justificatif du handicap - Justificatif d'agrément	DEMANDE REINTEGRATION OU RENOUELEMENT 3 MOIS AVANT

Fait à, le ___/___/_____
Signature de l'intéressé(e)

NOM et signature du chef d'établissement :
Cachet de l'établissement
Avis :