

DEMANDE D'AUTORISATION DE CUMUL D'ACTIVITES A TITRE ACCESSOIRE  
AGENTS A TEMPS COMPLET OU A TEMPS PARTIEL  
- Décret n° 2011-82 du 20 janvier 2011 modifiant le décret n° 2007-658 du 2 mai 2007 -  
Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 modifié par la loi n°2016-483 du 20 avril 2016 – Décret n°2017-105 du  
27 janvier 2017

NOM – Prénom: .....  
GRADE: .....  
BUREAU / DIRECTION / SERVICE: .....  
ADRESSE PROFESSIONNELLE: .....  
TELEPHONE: ..... ADRESSE ELECTRONIQUE: .....

**DESCRIPTION DE L'ACTIVITE PRINCIPALE EXERCEE**

Fonctions exercées : .....  
.....  
.....

Exercez – vous ces fonctions :  A temps complet                       A temps partiel (indiquer la quotité .....)

**PROJET DE CUMUL AVEC UNE ACTIVITE ACCESSOIRE**

Description de l'activité envisagée

Identité, nature et secteur d'activité de l'organisme pour le compte duquel s'exercera l'activité accessoire :  
.....

Nature de l'activité accessoire:  
.....  
.....

Durée, périodicité et horaires approximatifs de l'activité:  
.....

Conditions 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 ...)  
.....  
.....  
.....

Informations complémentaires que vous souhaitez porter à la connaissance de l'administration :  
.....  
.....  
.....

DECLARATION SUR L'HONNEUR

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

Je soussigné(e) (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 penal.

Fait à : ..... Le : .....

Signature :

**AVIS DU SUPERIEUR HIERARCHIQUE (IEN)** sur la demande de cumul :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Date :

Signature (identité, grade et fonctions du responsable)

**AVIS DE MADAME L'INSPECTRICE D'ACADEMIE - DASEN :**

Accordée

Refusée

Pour l'Inspectrice d'Académie – DASEN  
et par subdélégation,  
la Secrétaire Générale

Carine DECOLASSE-TOMCZAK

**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