**D1D**

**ANNEXE IV**

**Année scolaire 2025 / 2026**

**Demande de congé parental ou de réintégration**

**(à adresser deux mois avant la date demandée)**

**Service des Moyens**

**du 1er degré**

Dossier suivi par :

Aude DEMÉ

Gestion des moyens et des

Enseignants du 1er degré privé

Tél : 02 41 74 35 47

Mél : sm1d49@ac-nantes.fr

Cité administrative

15 bis rue Dupetit Thouars

49047 Angers CEDEX

Je soussigné(e) : **Nom d’usage :** …………………………………………………… **Prénom :**……………………………………

Nom de naissance : ………………………..……………………………………………………………………………………...………….

Adresse : ………………………………………………………………………………………………………………………………

Courriel professionne……………………………………………………………………………………………………@ac-nantes.fr

 **(nom.prénom (éventuellement 1 chiffre)@ac-nantes.fr)**

Exerçant à  (**numéro RNE de l’école**) **: 049 \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_  (4 chiffres + 1 lettre)**

En qualité de : 🞎 maître contractuel ou agréé définitif 🞎 provisoire

**Etablissement d’exercice :** ……………………………………………………………………………………………………………

**Commune déléguée**  :…………………………………….………………**Commune** :…………………………………….…………

Ecole : 🞎 sous contrat d’association N°…………………… 🞎 sous contrat simple N°………………..

**sollicite un conge parental**

**Sollicite un congé parental pour élever mon enfant** (joindre la copie de l’extrait d’acte de naissance ou du livret de famille ou du justificatif de l’arrivée au foyer de l’enfant adopté ou confié en vue de son adoption)

(cocher la case correspondante à votre situation) **🞎 1ère demande 🞎 Renouvellement**

période de 2 à 6 mois renouvelables : du ………….. / …..….... / ……….... au …………… / …………… / …………….

Nom et prénom de l’enfant : ……………………………………………..Date de naissance : ............ / …………..... / ……………

Ou date de l’arrivée au foyer de l’enfant adopté : ............ / …………....... / ………….…

**sollicite une reintegration**

**Sollicite la réintégration suite à mon congé parental à compter du** : ................../…………………./……………………..

**🞎** à temps complet

**🞎** à temps partiel selon la quotité de : 🞎 50 % 🞎 75 % 🞎 80 %

  ***Si******reprise à temps partiel, cette demande devra être confirmée*** *avec l’imprimé joint à la circulaire annuelle relative au temps partiel*.

 Fait à , le

 Signature :

Observations éventuelles des Chefs d’établissement sur l’organisation du service :

 Fait à , le

 Signature du Chef d’établissement