

**ANNEXE 4**

**DEMANDE DE REPRISE A TEMPS COMPLET**

**ANNEE SCOLAIRE 2024/2025**

**(à retourner pour le 31 janvier 2024 dernier délai à votre IEN)**

**Cette demande est INDISPENSABLE au rétablissement de votre traitement**

 **à 100 % dès le mois de septembre.**

Nom :

****

Prénom :

****

Adresse personnelle :

****

Affectation 2023/2024 :

****

Circonscription :

****

Je sollicite ma réintégration à temps complet pour l’année scolaire 2024/2025.

A**, ** Le 

Signature :