

DEMANDE D'AUTORISATION DE CUMUL D'ACTIVITES ACCESSOIRE

AGENTS A TEMPS COMPLET OU A TEMPS INCOMPLET INFÉRIEUR OU ÉGAL à 70%
~ Décret n° 2011-82 du 20 janvier 2011 modifiant le décret n° 2007-658 du 2 mai 2007 ~

Direction des personnels
administratifs, techniques,
sociaux et de santé

Bureau DPATSS AESH

A à BAA
ALEXANDRA TERDJIMI
04 72 80 51 69
dpatss-aesh69.1@ac-lyon.fr

BAB à BER
GAYANE TOUMANIAN
04 72 80 68 46
dpatss-aesh69.2@ac-lyon.fr

BES à CAT
CHRISTOPHER FAYOLLE 04
72 80 60 45
dpatss-aesh69.3@ac-lyon.fr

CAU à DA
FLORIANE BIANCHI
04 72 80 60 47
dpatss-aesh69.4@ac-lyon.fr

DE à FAU
FLORIANE JAUNET
04 72 80 69 52
dpatss-aesh69.5@ac-lyon.fr

FAV à GU
FRANCOISE STOFFEL
04 72 80 60 43
dpatss-aesh69.6@ac-lyon.fr

GV à K
NOEMIE DEVAUX
04 72 80 60 42
dpatss-aesh69.7@ac-lyon.fr

L à MAS
NAIMA BOULALA
04 72 80 60 49
dpatss-aesh69.8@ac-lyon.fr

MAT à OT
JULIEN DELZOR
04 72 80 60 46
dpatss-aesh69.9@ac-lyon.fr

OU à RI
CLAUDIA LUGAN
04 72 80 69 51
dpatss-aesh69.10@ac-lyon.fr

RJ à TA
NACIRA OUERRAD
04 72 80 60 53
dpatss-aesh69.11@ac-lyon.fr

12 SOLTANI SANDRINE

A. Votre poste en tant qu'AESH

NOM.....PRENOM.....

PIAL
d'EXERCICE.....

TELEPHONE :

ADRESSE ELECTRONIQUE :

QUOTITE DE TRAVAIL :

B. Votre projet de cumul de votre poste actuel d'AESH avec une activité 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

Conditions particulières de réalisation de l'activité (déplacements, variation saisonnière de l'activité...)

Exercez-vous déjà une ou plusieurs activité(s) accessoires (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



ACADÉMIE
DE LYON

Liberté
Égalité
Fraternité

Direction des personnels
administratifs, techniques,
sociaux et de santé

Direction des personnels
administratifs, techniques,
sociaux et de santé

Bureau DPATSS AESH

TB à VA
SANDRINE SOLTANI
04 72 80 67 56
dpatss-aesh69.12@ac-lyon.fr

VE à Z
ROSALINE PERROT
04 72 80 60 54
dpatss-aesh69.13@ac-lyon.fr

92, rue de Marseille
BP 7227
69354 Lyon cedex 07

DECLARATION SUR L'HONNEUR

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

Je soussigné (NOM PRENOM)

Souhaitant cumuler mon activité principale avec une activité privée accessoire pour le compte de :

(préciser 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 pénal](#).

Fait à

Le

Signature :

Décision du recteur sur la demande de cumul

L'avis est : ☐ favorable

☐ défavorable

Commentaire

.....

.....

.....

Date

Pour le recteur et par autorisation,
La cheffe du bureau DPATSS - AESH

Frédérique POLITIS

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.



ACADÉMIE DE LYON

Liberté
Égalité
Fraternité

AESH - Fiche Individuelle (année scolaire 202.....-202.....)

Employeur principal :

☐ CDD ☐ CDI Quotité de votre contrat en % : Heures de réunions hebdomadaires :

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :/...../.....

Adresse personnelle :

Commune :

Code postal :

Téléphone :

Mail:@.....

Votre emploi du temps (indiquez précisément le nom des enfants et les plages horaires)

LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
De ... h...àh.....	De ... h...àh.....	De ... h...àh...	De ... h...àh...	De ... h...àh.....
De ... h...àh.....	De ... h...àh.....	De ... h...àh...	De ... h...àh...	De ... h...àh.....

Votre employeur secondaire :

☐ CDD ☐ CDI Quotité de votre contrat en % :

Votre emploi du temps avec votre employeur secondaire

LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
De ... h...àh.....	De ... h...àh.....	De ... h...àh...	De ... h...àh...	De ... h...àh.....
De ... h...àh.....	De ... h...àh.....	De ... h...àh...	De ... h...àh...	De ... h...àh.....

Fait à le

Signature de l'AESH :

Signature et tampon du chef d'établissement ou directeur :