



**ACADÉMIE  
DE LYON**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

Direction des services départementaux  
de l'éducation nationale  
de l'Ain

**DEMANDE D'AUTORISATION DE CUMUL D'ACTIVITES ACCESSOIRE**

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

DSDEN DE L'AIN

Service de l'école  
inclusive

**Bureau des AESH**

10 rue de la paix  
01012  
Bourg en Bresse

04 74 45 58 66  
ce.ia01-diper-avs@ac-  
lyon.fr

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 services départementaux  
de l'éducation nationale  
de l'Ain

### 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 DASEN sur la demande de cumul

L'avis est :       favorable

défavorable

Commentaire

.....  
.....

Date

Signature

**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.



**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...à ... ..h.....	De ... h...à ... ..h.....	De ... h...à ... ..h...	De ... h...à ... ..h...	De ... h...à ... ..h.....
De ... h...à ... ..h.....	De ... h...à ... ..h.....	De ... h...à ... ..h...	De ... h...à ... ..h...	De ... h...à ... ..h.....

**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...à ... ..h.....	De ... h...à ... ..h.....	De ... h...à ... ..h...	De ... h...à ... ..h...	De ... h...à ... ..h.....
De ... h...à ... ..h.....	De ... h...à ... ..h.....	De ... h...à ... ..h...	De ... h...à ... ..h...	De ... h...à ... ..h.....

Fait à ..... le .....

**Signature de l'AESH :**

**Signature et tampon du chef d'établissement ou directeur :**