



**ACADÉMIE  
DE NANCY-METZ**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

Direction des services départementaux  
de l'éducation nationale  
de la Meuse

**DEMANDE D'AUTORISATION PREALABLE A UN CUMUL D'ACTIVITES**  
**A TITRE ACCESSOIRE**

**AGENTS A TEMPS COMPLET OU INCOMPLET**

*Décret n°2007-658 du 2 mai 2007*

**ANNEE SCOLAIRE 20..... / 20.....**

NOM – Prénom :

GRADE :

Adresse professionnelle :

Tél :

Mail :

POSITION ADMINISTRATIVE : ☐ activité

☐ non activité (ex : congé sans rémunération)

**DESCRIPTION DE L'ACTIVITE PRINCIPALE EXERCEE**

**Fonctions exercées :**

Exercez-vous ces fonctions : ☐ à temps complet

☐ à temps incomplet (quotité %)

**A – 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) accessoire(s) ? ☐ oui ☐ non

En cas de réponse positive, veuillez décrire précisément ces activités (caractère public ou privé, durée, périodicité et horaires approximatifs, ...)

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 – Prénom) :

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( e), 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

### **B- Visa de l'autorité fonctionnelle (directeur d'école ou chef d'établissement)**

Date

Signature

### **C- Avis de l'employeur sur la demande de cumul**

☐ FAVORABLE

☐ DEFAVORABLE

Fait à :

Le :

Signature (Identité, grade et fonctions du responsable)

**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 de service le justifie,
- Les informations sur le fondement desquelles l'autorisation a été donnée apparaissent erronées, l'activité autorisée perd son caractère accessoire.

**Formulaire à retourner à la cellule : Service Ecole Inclusive**  
**Cité administrative**  
**24 avenue du 94<sup>ème</sup> RI – BP 20564**  
**55013 BAR LE DUC cedex**