

ETAT DECLARATIF MENSUEL DE SUR-SERVICE (Titulaires remplaçants et postes fractionnés)

Ce document est à remplir mensuellement et à retourner
au pôle de remplacement par la voie hiérarchique

BP 72616
44326 NANTES CEDEX 3

Nom et prénom de l'enseignant :

Ecole de rattachement :
(Nom et commune)

MOIS DE :

Semaine du au...	Nombre total d'heures d'enseignement devant élèves effectuées	Motif du dépassement

Je souhaite récupérer ces heures le (préciser date)

Date et signature de l'enseignant

Avis de l'IEN sur la proposition de date de récupération :

- Favorable
 Défavorable (à motiver)

Date et signature de l'IEN

Décision de Monsieur le Directeur Académique :

- Récupération accordée à la date demandée
 Récupération différée compte-tenu des nécessités de service

Cadre réservé au pôle de remplacement	
Nombre total d'heures à récupérer pour le mois	