

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



Division des Ressources  
Humaines

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

DRH 1  
Pôle de remplacement

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	