

FICHE À RENVOYER À VOTRE SECTION ACADÉMIQUE APRÈS LES RÉSULTATS DU MOUVEMENT INTRA-ACADÉMIQUE

Affectation dans une zone de remplacement pour 2016-2017

NON SYNDIQUÉ(E)S, MERCI DE JOINDRE 2 TIMBRES

Discipline :	Option postulée :	Si temps partiel demandé, QUOTITÉ :
--------------------	-------------------------	--

NOM(S) figurant sur le bulletin de salaire (en CAPITALES)	Date de naissance
---	-------------------------

Prénoms : Nom de naissance :

Adresse (personnelle) :	Adresse (de vacances) du .../... au .../... :
Code postal : [] [] [] [] [] Commune :	Code postal : [] [] [] [] [] Commune :
Tél. : Portable :	Tél. : Portable :
Courriel :	Courriel :

Situation administrative actuelle :

Catégorie :

<input type="checkbox"/> Agrégé(e)	<input type="checkbox"/> Certifié(e)	<input type="checkbox"/> P. EPS	<input type="checkbox"/> CE EPS	<input type="checkbox"/> PLP	<input type="checkbox"/> A.E.	<input type="checkbox"/> CPE	<input type="checkbox"/> CO-PSY
------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	------------------------------	-------------------------------	------------------------------	---------------------------------

Affecté(e) sur la zone de remplacement de : (ÉCRIRE en CLAIR, PAS de CODE)

Pour les collègues déjà TZR :

- ① • Date d'affectation à titre définitif sur votre zone :
• Vous avez été touché par une mesure de carte scolaire :
– En quelle année ?
– Ancienne zone ?
– Date d'affectation sur cette zone ?
• Pour la rentrée 2016, êtes-vous touché par une mesure de carte scolaire ?
- ② Établissement ACTUEL de rattachement :
Commune :
- ③ Établissement d'exercice si vous êtes affecté(e) à l'année :
Commune :

Éléments de barème : • échelon : • ancienneté dans le poste :	• bonifications familiales : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON (pour les académies les prenant en compte) nombre d'enfant(s) à charge : • bonifications prioritaires sur la ZR au titre du handicap <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
---	--

PRÉFÉRENCES

REMPLACEMENT à l'année

	VŒUX EXPRIMÉS*	TYPE ÉTABL.
1		
2		
3		
4		
5		

* Saisis sur SIAM : OUI NON

Si aucun de mes vœux ne peut être satisfait, je privilégie (classer 1, 2, 3) :

- la localisation géographique
 le type d'établissement : je préfère un
 l'affectation sur un seul établissement

REMPLACEMENTS de courte ou moyenne durée

Pour une meilleure prise en compte de votre situation, n'hésitez pas à nous joindre un courrier explicatif que vous envoyez également au rectorat (précisions sur: situation familiale, moyens de locomotion, etc.).

N° de carte syndicale	IMPORTANT : autorisation CNIL J'accepte de fournir au SNES*/SNUEP*/SNEP* et pour le seul usage syndical les données nécessaires à mon information et à l'examen de ma carrière. Je demande au SNES*/SNUEP*/SNEP* de me communiquer les informations académiques et nationales de gestion de ma carrière auxquelles il a accès à l'occasion des commissions paritaires et l'autorise à faire figurer ces informations dans des fichiers et des traitements informatisés dans les conditions fixées par les articles 26 et 27 de la loi du 6.01.78. Cette autorisation est à reconduire lors du renouvellement de l'adhésion et révoquant par moi-même dans les mêmes conditions que le droit d'accès en m'adressant au SNES*, 46, avenue d'Ivry, 75647 Paris Cedex 13 / SNEP*, 76, rue des Rondeaux, 75020 Paris / SNUEP*, 38, rue Eugène-Oudin, 75013 Paris ou à ma section académique. Date : Signature :
Date remise cotisation	
Nom(s) figurant sur la carte	

*Rayer les mentions inutiles