

## ATTESTATION DE PRISE DE FONCTION ANNEE SCOLAIRE 2024/2025

Cette attestation doit être complétée avec la plus grande attention  
et transmise à [ce.dep1@ac-paris.fr](mailto:ce.dep1@ac-paris.fr)

MINISTÈRE	ADMINISTRATION	N° INSEE (15 chiffres) à remplir par l'intéressé(e)	CODE ETABLISSEMENT	N° PRISE EN CHARGE
206			075 _____	

Les parties grisées sont réservées à l'administration

### IDENTITÉ

Nom d'usage (identique à celui du RIB produit) : .....

Nom de naissance : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Avez-vous déjà été rémunéré par l'Etat ?  oui  non

**EMPLOIS OCCUPÉS** : - Indiquez les trois derniers emplois consécutifs, du plus récent au plus ancien ;  
- si emploi dans l'Education Nationale, joindre obligatoirement le dernier bulletin de paye.

Année scolaire (dates d'emploi)	Nom et adresse de l'établissement	Département	Qualité établissement <sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> préciser : hors contrat (HC) ; sous contrat (SC) ; établissement public (Pu) ; entreprise privée (EP)

### A COMPLETER PAR LE CHEF D'ÉTABLISSEMENT

Date de prise de service.... / .... / ..... cocher maternelle  élémentaire  spécialisée

Horaire hebdomadaire enseignement:  27 h (100%)  13,50 h (50%)  autre : .....%  décharge de direction:.....%

**Maître contractuel ou agréé à titre définitif (professeur des écoles ou instituteurs)**  
- reprise du maître contractuel suite à : .....

**PE stagiaire**  **contractuel alternant (stage en responsabilité hors SOPA)**

**Maître délégué (entourer)** : poste vacant, congé parental, congé de longue durée, congé de formation professionnelle, complément temps partiel de droit ou sur autorisation, complément allègement de service)

**Suppléant(e) (entourer)** : maladie, maternité, paternité, adoption, congé de longue maladie, accident de service, temps partiel thérapeutique, convocation à un jury, congé de formation entre 5 et 30 jours)

- **Motif du remplacement** : .....

- **Nom et Prénom de l'enseignant absent remplacé** .....

**(JOINDRE OBLIGATOIREMENT LE JUSTIFICATIF D'ABSENCE. TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA RETOURNÉ).**

Paris, le :

Signature de l'intéressé(e)

Visa de l'ordonnateur  
(rectorat)

Le chef d'établissement

CACHET DE L'ETABLISSEMENT