

RÉGION ACADEMIQUE
BOURGOGNE
FRANCHE-COMTÉMINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE
MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,
DE LA RECHERCHE
ET DE L'INNOVATION

D.A.F. 1B
2G rue Général Delaborde
21000 DIJON
03.80. 44.84.00

FICHE DE RENSEIGNEMENTS SERVICE PARTAGE

(Entre l'établissement PRINCIPAL et l'établissement SECONDAIRE)

⚠️ L'établissement principal étant celui où vous avez le plus grand nombre d'heures d'enseignement.

ETAT CIVIL	FONCTION
Civilité : <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur Nom : Prénom : Nom de famille : Date de naissance :	Grade ou emploi / discipline : Nom et adresse de l' établissement PRINCIPAL : Code postal Ville Nom et adresse de l' établissement SECONDAIRE 1 : Code postal Ville Nom et adresse de l' établissement SECONDAIRE 2 : Code postal Ville
Domicile habituel le plus proche du lieu de travail : Code postal Ville..... Tél. :	
⚠️ Fournir la copie de votre arrêté d'affection ou la copie d'écran d'I-PROF. Tout dossier incomplet sera retourné à l'intéressé(e).	

TRANSPORT	
Véhicule personnel (en l'absence de moyen de transport public adapté et sur autorisation. (DAF) (joindre copie carte grise + attestation d'assurance au nom de l'intéressé).	<input type="checkbox"/> oui Puissance fiscale <input type="checkbox"/> non
Abonnement DIVIA (DIRH)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Abonnement SNCF (DIRH)	<input type="checkbox"/> oui Trajet : <input type="checkbox"/> non
Autre (précisez)

ETABLISSEMENT PRINCIPAL	Nom :
-------------------------	-------------

Dates de nomination : du/...../..... au/...../..... // Nombre d'heures :

EMPLOI DU TEMPS DEFINITIF	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI
------------------------------	-------	-------	----------	-------	----------	--------

Veuillez détailler vos horaires de travail.

Matin	Début : : : : :
	Fin : : : : :
Après midi	Début : : : : :
	Fin : : : : :

CERTIFIE EXACT A le Signature de l'intéressé (e)	CERTIFIE EXACT A le Cachet et signature du chef d'établissement principal obligatoire
--	---

ETABLISSEMENT SECONDAIRE 1		Nom :					
Dates de nomination : du/...../..... au/...../..... // Nombre d'heures :							
EMPLOI DU TEMPS	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	
Veuillez détailler vos horaires de travail.							
Matin	<i>Début</i> : : : : : :
	<i>Fin</i> : : : : : :
Après midi	<i>Début</i> : : : : : :
	<i>Fin</i> : : : : : :
<i>CERTIFIE EXACT</i> A le Signature de l'intéressé (e)				<i>CERTIFIE EXACT</i> A le Cachet et signature du chef d'établissement secondaire <i>obligatoire</i>			

ETABLISSEMENT SECONDAIRE 2		Nom :					
Dates de nomination : du/...../..... au/...../..... // Nombre d'heures :							
EMPLOI DU TEMPS	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	
Veuillez détailler vos horaires de travail.							
Matin	<i>Début</i> : : : : : :
	<i>Fin</i> : : : : : :
Après midi	<i>Début</i> : : : : : :
	<i>Fin</i> : : : : : :
<i>CERTIFIE EXACT</i> A le Signature de l'intéressé (e)				<i>CERTIFIE EXACT</i> A le Cachet et signature du chef d'établissement secondaire <i>obligatoire</i>			

Si vous êtes affecté sur plus de deux établissements secondaires, veuillez compléter une fiche supplémentaire.