



RÉGION ACADÉMIQUE  
ÎLE-DE-FRANCE

MINISTÈRE  
DE L'ÉDUCATION NATIONALE  
ET DE LA JEUNESSE  
MINISTÈRE  
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,  
DE LA RECHERCHE  
ET DE L'INNOVATION



Liberté • Égalité • Fraternité  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE



## ATTESTATION DE PRISE DE FONCTION ANNEE SCOLAIRE 2023/2024

Cette attestation doit être complétée avec la plus grande attention  
et transmise à la DEP1 en deux exemplaires originaux.

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 ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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
<p>Date de prise de service.... / .... / .....    cocher maternelle <input type="checkbox"/> élémentaire <input type="checkbox"/></p> <p>Horaire hebdomadaire :    <input type="checkbox"/> 27 h (100%)    <input type="checkbox"/> 13,50 h (50%)    <input type="checkbox"/> autre : ..... h</p> <p><input type="checkbox"/> Maître contractuel ou agréé à titre définitif</p> <p>- reprise du maître contractuel suite à : .....</p> <p><input type="checkbox"/> PE stagiaire    <input type="checkbox"/> contractuel alternant (stage en responsabilité hors SOPA)</p> <p><input type="checkbox"/> Délégué(e) auxiliaire (poste vacant, congé parental, congé de longue durée, congé de formation professionnelle, complément temps partiel de droit ou sur autorisation, complément allègement de service)</p> <p><input type="checkbox"/> Suppléant(e) (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)</p> <p>- Motif du remplacement : .....</p> <p>- Nom et Prénom de l'enseignant absent .....</p> <p><b>(JOINDRE OBLIGATOIREMENT LE JUSTIFICATIF D'ABSENCE. TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA RETOURNÉ).</b></p>

Paris, le :	Signature de l'intéressé(e)	Visa de l'ordonnateur (rectorat)	Le chef d'établissement
			CACHET DE L'ETABLISSEMENT