



Affectation dans une zone de remplacement pour 2014-2015

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

Situation administrative actuelle :

Catégorie : Agrégé(e) Certifié(e) P. EPS CE EPS PLP A.E. CPE 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 2014, êtes-vous touché par une mesure de carte scolaire ?

② Établissement ACTUEL de rattachement :
- Souhaitez vous en changer ?
Si oui pour quel établissement ?

③ Établissement d'exercice si vous êtes affecté(e) à l'année:

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

REPLACEMENT 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

REPLACEMENTS 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 Date remise cotisation Nom(s) figurant sur la carte	<p>IMPORTANT: autorisation CNIL</p> <p>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*12, rue Cabanis, 75014 Paris ou à ma section académique</p> <p>Date : Signature :</p> <p style="text-align: right;">*Rayer les mentions inutiles</p>
--	---