

Affectation dans une zone de remplacement pour 2015-2016

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 : (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 ? | 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

N°	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 J'accepte de fournir au SNES et pour le seul usage syndical les données nécessaires à mon information et à l'examen de ma carrière. Je demande au SNES de me communiquer les informations 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 révoquable 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, ou à ma section académique</p> Date : Signature :
--	--