

FICHE À RENVOYER À VOTRE SECTION ACADÉMIQUE APRÈS LES RÉSULTATS DU MOUVEMENT INTRA-ACADÉMIQUE

Affectation dans une zone de remplacement pour 2018-2019

NON SYNDIQUÉ(E)S, MERCI DE JOINDRE 2 TIMBRES

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 PSY-ÉN

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 : ② Établissement ACTUEL de rattachement :
 • Vous avez été touché par une mesure de carte scolaire : Commune :
 – En quelle année ? ③ Établissement d'exercice si vous êtes affecté(e) à l'année :
 – Ancienne zone ?
 – Date d'affectation sur cette zone ? Commune :
 • Pour la rentrée 2018, êtes-vous touché par une mesure de carte scolaire ?

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

REMPLACEMENT 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

REMPLACEMENTS

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	IMPORTANT : autorisation CNIL 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* , 38, rue Eugène-Oudiné, 75013 Paris ou à ma section académique. Date : Signature :
--	--

*Rayer les mentions inutiles