



## DEMANDE DE REINTEGRATION

GRADE :  Instituteur

Professeur des écoles

NOM d'usage: .....Prénom.....

NOM de naissance : .....

Adresse personnelle .....  
.....

Tél. : .....courriel : .....

Demande ma réintégration à la prochaine rentrée

Demande ma réintégration à la date du.....

à temps complet

à temps partiel à 75 %

à temps partiel à 50 %

**Un dossier vous sera adressé afin de faire établir le certificat médical d'aptitude, à retourner au plus tard deux mois avant la date de réintégration.**

À ....., le.....

Signature de l'intéressé(e)