



**ACADÉMIE
D'AIX-MARSEILLE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Direction des services départementaux
de l'éducation nationale
du Vaucluse

DEMANDE DE RÉINTÉGRATION

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 %

Attention, l'exercice des fonctions à temps partiel peut être soumis à autorisation préalable.

Vous trouverez toutes les informations utiles sur l'exercice des fonctions à temps partiel dans le bulletin académique n°1066 du 21/11/2025.

Un certificat médical d'aptitude établi par un médecin agréé est à retourner pour le 31 mai 2026 au plus tard.

Vous trouverez la liste des médecins agréés sur le site de l'Agence Régionale de Santé PACA :

<https://www.paca.ars.sante.fr/listes-des-medecins-agrees-en-region-paca>

À, le.....

Signature de l'intéressé(e)