

## **DEMANDE DE RÉINTÉGRATION APRÈS UNE MISE EN DISPONIBILITÉ**

**Année scolaire 2025/2026**

**Je soussigné(e) :**

Nom, Prénom : ..... Date de naissance : .....

Adresse complète : .....  
.....  
.....

Tel : .....@ : .....

**Reprendrai mes fonctions à la rentrée scolaire de septembre 2025.**

▪ **Je m'engage à fournir un certificat médical d'aptitude avant le 1er septembre 2025 ;**

▪ Toute demande d'exercice à temps partiel devra être formulée par courrier adressée à la division des personnels enseignants du premier degré de la DSDEN des Yvelines ;

Liste des médecins agréés :

<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/listes-de-medecins-agrees-en-ile-de-france>

Les circulaires relatives aux demandes de temps partiel et à la participation au mouvement départemental sont accessibles sur le site de la DSDEN des Yvelines ou sur ARIANE.

Site de la DSDEN:

<http://www.ac-versailles.fr/dsden78/pid35418/personnels-education-nationale-des-yvelines.html?dmenu=3>

**Date et signature :**