

## DEMANDE DE REINTEGRATION APRES UNE MISE EN DISPONIBILITE *Année scolaire 2020/2021*

**Je soussigné(e) :**

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

Adresse complète .....

.....

.....

Tél : ..... Courriel : .....

**Reprendrai mes fonctions à la rentrée scolaire de septembre 2020**

- Je m'engage à fournir un certificat d'aptitude **avant le 1<sup>er</sup> septembre 2020**
- Les demandes d'exercice à temps partiel devront être formulées par courrier (cf. circulaire temps partiel)

La liste des médecins agréés est consultable sur le site de la DSDEN des Hautes-Pyrénées.

Les circulaires relatives aux demandes de temps partiel et à la participation au mouvement départemental sont accessibles sur le site de la DSDEN des Hautes-Pyrénées.

A....., le .....

*Signature de l'intéressé(e) :*