



Direction des Ressources Humaines
Service : Enseignants Sciences

Adresse : Bâtiment Présidence
43, Bd du 11 Novembre 1918
69622 VILLEURBANNE cedex
Affaire suivie par : Mme Court
Tél. : 04 72 43 15 13
04 72 44 80 22
Télécopie : 04 72 43 12 38
Courriel : fcourt@adm.univ-lyon1.fr
Jacques.Gorgeret@adm.univ-lyon1.fr

AUTORISATION DE CUMUL DE FONCTIONS
(Professeurs du second degré)
accordée dans le cadre des dispositions statutaires législatives et
réglementaires, en application du décret du 29 octobre 1936
à remplir en deux exemplaires

NOM :

DISCIPLINE :

PRENOM :

N° INSEE :

I - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FONCTION PRINCIPALE

Grade : Etablissement :
Classe - Echelon : Indice de traitement (INM) :
Service assuré : N° de l'emploi occupé:

1° - Horaire annuel d'enseignement (préciser le nombre d'heures d'enseignement et la nature exacte de l'enseignement)

- Cours : - T.D. : - T.P. :

2° - Recherche (nature des travaux, lieu d'exercice et temps consacré)

II - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FONCTION SECONDAIRE

1° - Etablissement : préciser s'il s'agit :

- **d'un emploi public** (d'Etat, départemental, communal ou autre) ou d'une activité auprès d'un organisme public. Indiquer le Ministère ou la collectivité intéressé.

- **d'une activité privée**. Indiquer le nom et l'adresse de l'organisme privé (1)

2° - Nature des fonctions :

3° - Situation dans la fonction secondaire (2) :

- vacataire - contractuel - auxiliaire

4° - Modalité de la rémunération : traitement (préciser indice) - indemnité – honoraires - vacations (préciser taux horaire) ou autre forme

5° - Montant annuel de cette rémunération :

6° - Temps de travail hebdomadaire :

7° - Nature exacte du travail effectué :



III - INDICATIONS SUSCEPTIBLES DE MONTRER LA COMPATIBILITE DES DEUX FONCTIONS

IV - DATE D'EFFET A DONNER A LA DECISION AUTORISANT LE CUMUL DE FONCTIONS

V - RENSEIGNEMENTS GENERAUX

- L'intéressé(e) exerce-t-il d'autres activités (tâches d'encadrement, enseignements complémentaires, dans l'établissement d'affectation ou tout autre établissement)?

- Temps de travail hebdomadaire consacré à ces autres fonctions :

- Rémunérations perçues à ce titre : (en précisant la période de référence)

- L'intéressé(e) est-il autorisé à cumuler ces autres fonctions? (Joindre une copie de l'autorisation)

Visa du Service de Gestion des Moyens

- oui**
 non

Fait à _____, le _____
(Signature du fonctionnaire)

**AVIS et VISA du Chef d'établissement
pour l'emploi principal (1)**

**VISA des Supérieurs hiérarchiques
de l'emploi secondaire**

(1) en apposant son visa, le Supérieur hiérarchique certifie l'exactitude des renseignements fournis par le demandeur et atteste qu'il accomplit les obligations statutaires afférentes à son grade.

DISUPP. 2

DECISION DU RECTEUR :

Références : Décret du 29.10.1936 modifié

Autorisation accordée
(Privée : 4 heures hebdomadaires maximum)

Autorisation refusée

Motif :

Si attribution de la prime d'encadrement
doctoral et de recherche : Application du
décret n° 90/51 du 12.01.1990 article 3 § 2

LYON, le _____

Copie transmise à :



**ETAT RECAPITULATIF DES ENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES
EFFECTUES (OU A EFFECTUER)**

AU COURS DE L'ANNEE 20__ - 20__

PAR M _____ GRADE : _____

Etablissements et Nature des Enseignements Complémentaires	Nombre d'heures et Période	Montant net

Date et Signature de l'intéressé(e) :

**Date : _____
Vérifié et Certifié exact,
Le Chef d'Etablissement**



ETAT DES REMUNERATIONS CUMULEES PAR M _____

GRADE : _____

AU TITRE DE L'ANNEE CIVILE 20____

REMUNERATIONS			
Etablissements	Fonctions	Fonction Principale	Activités Secondaires

Fait à _____, le _____
(nom et qualité du signataire)