



RÉGION ACADÉMIQUE  
ÎLE-DE-FRANCE

MINISTÈRE  
DE L'ÉDUCATION NATIONALE  
MINISTÈRE  
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,  
DE LA RECHERCHE  
ET DE L'INNOVATION

## AUTORISATION DE CUMUL D'ACTIVITÉS

Décret n° 2017-105 du 27 janvier 2017

Année scolaire 2018-2019

**À retourner au plus tard 15 jours avant la formation, à votre Conseiller DAFOR**

NOM : ..... PRÉNOM : ..... date de naissance : . / . / 1 9 . .  
Tél/mél: .....

Corps / grade : ..... Discipline : .....  
Temps complet  Temps partiel  Quotité de service : % CPA

**NATURE DE L'ACTIVITÉ PRINCIPALE :**

Enseignement  Autre  (à préciser) : .....

Établissement d'exercice : .....

Adresse de l'établissement: .....

### DEMANDE L'AUTORISATION D'EXERCER L'EMPLOI SECONDAIRE À LA DAFOR

**NATURE DE LA SECONDE FONCTION : formation initiale et continue**

Formateur PAF enseignant 1<sup>er</sup> degré  second degré  IATSS  Stages FIL  autre  .....

Tuteur (préciser le type de tutorat) : .....

Nom, prénom, grade, établissement du bénéficiaire du tutorat : .....

Période : Année scolaire 2018/2019 ou :

du ..... au .....

**NOMBRE D'HEURES PREVUES :**

**HEURES**

Fait à Paris, le ..... Nom, prénom, signature du formateur.....

**AVIS DU CHEF D'ÉTABLISSEMENT  
OU DE L'EMPLOYEUR PRINCIPAL**

(obligatoire)

Qualité, et signature du supérieur hiérarchique  
cachet obligatoire

Avis favorable  Avis défavorable  (à justifier)°

Fait à Paris, le :