

**DEMANDE D'AUTORISATION DE CUMUL D'ACTIVITES A TITRE ACCESSOIRE
AGENTS A TEMPS COMPLET OU A TEMPS PARTIEL**

Article L. 123-7 du code de la fonction publique
Articles 10 à 15 du Décret n°2020-69 du 30 janvier 2020 relatif aux contrôles
déontologiques dans la fonction publique

ANNEE SCOLAIRE / UNIVERSITAIRE 2024-2025

Nom d'usage :
Prénom :
Nom de naissance :
Grade :
Bureau / Direction / Service :
Adresse professionnelle :
Téléphone : Adresse électronique :

DESCRIPTION DE L'ACTIVITE PRINCIPALE EXERCEE

Fonctions exercées :
.....
.....

Exercez-vous ces fonctions : A temps complet A temps partiel (indiquer la quotité :)

PROJET DE CUMUL AVEC UNE ACTIVITE ACCESSOIRE

Description de l'activité envisagée

Identité, nature et secteur d'activité de l'organisme pour le compte duquel s'exercera l'activité accessoire :
.....

Nature de l'activité accessoire :
.....
.....

Durée, périodicité et horaires approximatifs de l'activité :
.....

Conditions de rémunération de l'activité :
.....

Conditions particulières de réalisation de l'activité (déplacements, variation saisonnière de l'activité...) :
.....
.....

Exercez-vous déjà une ou plusieurs activité(s) accessoires (s) ? Oui Non

En cas de réponse positive, veuillez décrire précisément ces activités (caractère public ou privé, durée, périodicité et horaires approximatifs, etc.)
.....
.....

Informations complémentaires que vous souhaitez porter à la connaissance de l'administration :
.....
.....

DECLARATION SUR L'HONNEUR

(à remplir dans le cas d'un cumul avec une activité accessoire à caractère privé)

Je soussigné (NOM PRENOM)

Souhaitant cumuler mon activité principale avec une activité privée accessoire pour le compte de (nom et coordonnées de l'entreprise ou de l'organisme)

Déclare sur l'honneur ne pas être chargé, dans le cadre de mon activité principale, de la surveillance ou de l'administration de cette entreprise ou de cet organisme, au sens de l'article L. 432-12 du code pénal.

Certifie avoir pris connaissance de la circulaire rectorale n°2024-74 du 05 juin 2024 relative au cumul d'activités.

Fait à

Le

Signature :

Avis du supérieur hiérarchique sur la demande de cumul

.....
.....
.....

Date

Signature (identité, grade et fonctions du responsable)

Décision de l'autorité compétente sur la demande de cumul

.....
.....
.....

Date

Signature (identité, grade et fonctions du responsable)

Important : en cas de changement substantiel dans les conditions d'exercice ou de rémunération de l'activité faisant l'objet de cette demande d'autorisation, il sera considéré que vous exercez une nouvelle activité, et vous devrez formuler une nouvelle demande d'autorisation.

L'autorisation que vous sollicitez n'est pas définitive. L'autorité dont vous relevez peut s'opposer à tout moment à la poursuite d'une activité qui a été autorisée, si :

- L'intérêt du service le justifie,
- Les informations sur le fondement desquelles l'autorisation a été donnée apparaissent erronées,
- L'activité autorisée perd son caractère accessoire