

SUPPRESSION D'EMPLOI DU PERSONNEL ENSEIGNANT

N°2

NOM DE L'ÉCOLE :

Commune :

Tél. :

Mail :

Fermeture

❶ **Aucun enseignant ne doit partir**

en raison de la cessation d'activité de :

❷ **Un enseignant doit partir**

- Date de la concertation organisée au regard de l'article 10 de l'Accord Professionnel :
- Enseignants présents (établir une liste émarginée au verso de cette fiche)
- Après concertation avec les maîtres de l'école, **nom de l'enseignant ou des enseignants concernés par la suppression d'emploi**
(entrant dans la catégorie « Demande de réemploi A2) :

Fait le.....
Signature de l'enseignant(e) concerné(e)
par la suppression d'emploi :

Fait le.....
Signature du **Chef d'Établissement** :

**NB : le maître concerné remplit l'imprimé N°3
« Mouvement du personnel enseignant »**

Direction Diocésaine de l'Enseignement Catholique
33 rue Blaise Pascal – CS 74123 – 37041 TOURS CEDEX 1
Tél : 02 47 60 26 29
c.lieuvre@ddec37.org

**à retourner pour
le 9 mars 2015**

SUPPRESSION D'EMPLOI ENSEIGNANTS PRÉSENTS A LA CONCERTATION

Document à conserver à l'école

NOM Prénom	EMARGEMENT