ANNEE SCOLAIRE 2024/2025

*206 603 092 0140….*

*Annexe 3*

**INDEMNITES R.E.P/ R.E.P +**

N° DE SECURITE SOCIALE : ……………………………………………  Elémentaire

NOM : PRENOM :  Pré élémentaire QUALITE :  \* INSTITUTEUR TITULAIRE COMMUNE DE :

 \* PROFESSEUR DES ECOLES TITULAIRE

CODE RNE ECOLE : / 0 / 9 / 2 / / / / /

(figure sur l’arrêté d’affectation : 4 chiffres et une lettre)

DOIT PERCEVOIR L’I.S.S. R.E.P ou R.E.P + (pour les enseignants intervenants à l’année)

* UPE2A  \*

Tout état mal renseigné sera

* RASED  \* systématiquement retourné

Nombre d’heures de service R.E.P ……h (1)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Certifié exact le …../……/20.. | Certifié exact le …./…../20.. | Certifié exact le …./…./20.. | Pour la DASEN |
| Signature de l’intéressé (e) | Signature et cachet  Du chef d’établissement ou de la directrice  ou du directeur d’école | Signature et cachet de l’IEN | et par délégation  Le secrétaire général Antoine CUISSET |

**ATTENTION :**

**\* Cocher la case concernée**

**(1) Nombre d’heures hebdomadaires à préciser impérativement**