



AUTORISATION DE CUMUL D'ACTIVITES

(Uniquement pour les agents de la fonction publique Territoriale ou Hospitalière

Pour les enseignants :

- Enseignants hors ESR joindre l'attestation de demande de cumul **du Rectorat**
- Enseignants de l'ESR une simple **déclaration préalable de cumul d'activité**

Établissement :

Autorise en tant qu'employeur principal

Monsieur

Madame

NOM :

PRÉNOM :

A exercer une activité accessoire et à percevoir une rémunération accessoire au titre de l'année universitaire 2024-2025.

Fait à :

Le :

Signature du supérieur hiérarchique

Cachet de l'établissement