

ANNEXE 1 : modèle d'avenant relatif au versement d'une rémunération complémentaire par un EPLE employeur

Ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports

Académie

EPLE

Avenant au contrat de recrutement à durée déterminée en qualité d'accompagnant des élèves en situation de handicap

Vu le code de l'éducation, notamment ses articles L.351-3 modifié, L916-2 et L.917-1 ;

Vu la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires, ensemble la loi n°84-16 du 11 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat ;

Vu le décret n°2000-815 du 25 août 2000 modifié relatif à l'aménagement et à la réduction du temps de travail dans la fonction publique de l'Etat ;

Vu le décret n°2014-724 du 27 juin 2014 relatif aux conditions de recrutement et d'emploi des accompagnants des élèves en situation de handicap ;

Vu l'arrêté du 27 juin 2014 relatif à la rémunération des accompagnants des élèves en situation de handicap et modifiant l'arrêté du 6 juin 2003 fixant le montant de la rémunération des assistants d'éducation, notamment son article premier ;

Vu l'arrêté du 27 juin 2014 relatif à l'entretien professionnel et à la reconnaissance de la valeur professionnelle des accompagnants des élèves en situation de handicap ;

Vu la décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées en date du ;

Vu la délibération du conseil d'administration ;

Vu le contrat en date du ... ;

Entre les soussignés

Le chef d'établissement,

D'une part

Et Civilité : Nom d'usage Nom de famille Prénom

Né(e) le...

Domicilié(e) : ...

D'autre part

Il a été convenu ce qui suit :

Article 1 – M. Mme ... bénéficie d'une rémunération complémentaire mensuelle fixée à xxxx € (en chiffres et en lettres). Cette rémunération complémentaire n'est pas proratisable en fonction du temps de service.

Article 2 – lors du 1^{er} versement, cette rémunération complémentaire sera majorée de xxx € (en chiffres et en

Bureau de l'expertise statutaire et indemnitaire/ Bureau des rémunérations

DAF C1/DAF C3

Affaire suivie par Bruno LONEGA

Tél : 01 55 55 10 96

Mél : bruno.lonega@education.gouv.fr

110 rue de Grenelle

75357 Paris SP 07

lettres) pour couvrir la perte de pouvoir d'achat constatée au titre des mois écoulés depuis la signature du contrat de recrutement de Mme xxx.

Fait à Le .../.../...

Le chef d'établissement

L'intéressé(e)

Signature du chef d'établissement

Signature de l'intéressé(e)
précédée de la mention manuscrite « lu
et approuvé »