

Direction Générale des Services  
Direction Générale Adjointe Pilotage et Transformation  
Direction des Ressources Humaines  
Service Orientation RH  
01 39 07 86 20  
Mon Portail RH  
[drhdemande@yvelines.fr](mailto:drhdemande@yvelines.fr)

01/2026

## CUMUL D'ACTIVITES

**VOUS EXERCEZ VOS FONCTIONS A TEMPS NON-COMPLET OU INCOMPLET  
D'UNE DUREE HEBDOMADAIRE INFERIEURE OU EGALE A 70%**

*Articles L. 121-3, L. 123-1, R. 123-5 et suivants du code général de la fonction publique  
Arrêté du 4 février 2020 relatif aux contrôles déontologiques dans la fonction publique*

**TOUTE DEMANDE EST A FORMULER UN MOIS MINIMUM AVANT LE DEBUT ENVISAGE  
DE L'ACTIVITE OU AVANT LA FIN DE LA PRECEDANTE AUTORISATION**

### Votre situation actuelle :

Nom / Prénom : .....

Matricule : .....

Statut :             Fonctionnaire             Contractuel de droit public (uniquement)

Direction/Sous-direction/Service : .....

Adresse du lieu de travail : .....

.....

.....

Téléphone professionnel : .....

Adresse électronique professionnelle : .....

Fonctions exercées : .....

Description de l'activité principale exercée : .....

.....

.....

Quotité de travail pour exercice à temps non complet : .....

## ➤ DECLARATION

Vous occupez un poste à temps non complet ou incomplet<sup>1</sup> à hauteur de 24h30 par semaine, vous pouvez exercer une activité privée lucrative à titre professionnel en dehors de vos obligations de service.

Vous n'avez pas besoin d'obtenir une autorisation préalable, mais l'activité doit être compatible avec vos fonctions exercées au sein du CD 78.

### Description de l'activité envisagée :

Nature de l'activité envisagée :

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

Identité, forme et objet social de l'entreprise ou de l'organisme :

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

Secteur, branche d'activité, description de l'activité :

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

Exercez-vous déjà une ou plusieurs activités autorisées ?  Oui  Non

---

<sup>1</sup>A ne pas confondre avec un temps partiel

## DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) (NOM, Prénom) .....

**atteste vouloir exercer l'activité privée** décrite ci-dessus, et déclare sur l'honneur :

- que cette activité ne porte pas atteinte aux obligations déontologiques auxquelles je suis soumis(e) en tant qu'agent public,
- ne pas être en situation de conflit d'intérêt et/ou de prise illégal d'intérêt au sens de l'article 432-12 du code pénal<sup>2</sup>.

Je suis informé(e) qu'en cas de **changement substantiel** dans les conditions d'exercice de l'activité faisant l'objet de la présente déclaration, je devrai faire une nouvelle déclaration ou demander une autorisation de cumul d'activité le cas échéant.

Je suis informé(e) que **l'administration peut s'opposer à tout moment** à l'exercice de cette activité complémentaire, notamment dans l'intérêt du service.

Fait à ....., le .....

Signature du collaborateur :

---

<sup>2</sup> « Le fait, par une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public (...) de prendre, recevoir ou conserver, directement ou indirectement, un intérêt de nature à compromettre son impartialité, son indépendance ou son objectivité dans une entreprise ou dans une opération dont elle a, au moment de l'acte, en tout ou partie, la charge d'assurer la surveillance, l'administration, la liquidation ou le paiement, **est puni de cinq ans d'emprisonnement et d'une amende de 500 000 €**, dont le montant peut être porté au double du produit tiré de l'infraction. (...)»

## AVIS DU SUPERIEUR HIERARCHIQUE

L'activité envisagée par le collaborateur vous semble-t-elle :

Compatible avec ses fonctions ?  Oui  Non

De nature à affecter l'exercice de ses fonctions ?  Oui  Non

De nature à porter atteinte au fonctionnement normal, à l'indépendance ou à la neutralité du service ?  Oui  Non

De nature à entraîner un risque de confusion pour les usagers du service public entre les missions de l'agent et l'activité envisagée ?  Oui  Non

L'intéressé(e) ne pourra exercer ce cumul d'activités que sur son temps personnel. A cet effet, il devra prendre un congé annuel, une journée RTT ou tout autre temps de récupération à chaque intervention.

### Observations particulières :

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

Fait à ....., le .....

Nom et qualité du supérieur hiérarchique : .....

Signature du supérieur hiérarchique :

## DECISION DE LA DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES EN CAS DE REFUS OU DE RESTRICTIONS PARTICULIERES

Le cumul d'activité est refusé ou restreint pour les raisons suivantes :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Cette décision peut faire l'objet d'un recours pour excès de pouvoir devant le Tribunal administratif de Versailles dans le **délai de deux mois** à compter de sa notification.

**En cas de changement substantiel** dans les conditions d'exercice ou de rémunération de l'activité faisant l'objet de la présente déclaration, le collaborateur devra formuler une nouvelle demande d'autorisation ou une nouvelle déclaration.

La présente décision n'est pas définitive, il peut y être mis fin à tout moment, notamment dans l'intérêt du service.

Fait à Versailles, le .....

Pour le Président du Conseil départemental  
et par délégation,  
La Directrice adjointe des Ressources Humaines

Sandra BAS