

**DEMANDE D'ALLEGEMENT DE SERVICE POUR RAISONS DE SANTE**  
**des personnels enseignants titulaires du second degré public, d'éducation et**  
**des psychologues de l'éducation nationale**  
**Année scolaire 2025-2026**

*Imprimé à retourner au Rectorat, à la DRH, **avant le mardi 11 mars 2025***

☐ **1<sup>ère</sup> demande**

☐ **Renouvellement**

Je soussigné(e),

NOM, Prénom : .....

Né(e) le : ..... / ..... / 19 .....

Corps : ..... Discipline : .....

Etablissement d'exercice : .....

Ville : .....

☐ Titulaire

En 2024-25 : ☐ À temps plein

☐ Titulaire sur zone de remplacement

☐ À temps partiel - quotité : ..... %

En cas de renouvellement, nombre d'heures d'allègement de service accordé en 2024-2025 : ..... heures

Avez-vous bénéficié d'un temps partiel **thérapeutique** au cours de l'année 2024-2025 ? ☐ oui ☐ non

Êtes-vous reconnu(e) travailleur handicapé ? ☐ oui ☐ non

*Si oui, joindre une copie de l'attestation transmise par la MDPH* Demande en cours ? ☐ oui ☐ non

**Année scolaire 2025-2026 :**

Nombre d'heures d'allègement de service souhaité **dans la limite maximale du tiers des obligations réglementaires de service** pour 2025-2026 :

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

☐ 6

☐ .....

Faites-vous **une demande de temps partiel** (pour raison de santé ou pour convenance personnelle) en plus de la demande d'allègement de service pour 2025-2026 ?

☐ oui

☐ non

Quotité de temps partiel demandée : ..... %

***Je vous rappelle que l'allègement de service ne peut pas se cumuler avec le temps partiel thérapeutique.***

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur le présent formulaire et reconnais avoir pris connaissance des modalités d'attribution des allègements de service.

À ....., le ..... / ..... / 20 .....

*Signature*

Avis du chef d'établissement/de service

Avis du médecin du travail  
(après réception de la demande)