

**DEMANDE D'ALÈGEMENT 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 2024-2025**

*Imprimé à retourner au Rectorat, à la DRH, **avant le mardi 12 mars 2024***

1<sup>ère</sup> demande

Renouvellement

Je soussigné(e),

Prénom, NOM : .....

Né(e) le : ..... / ..... / 19 .....

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

Etablissement d'exercice : .....

Ville : .....

Titulaire

Titulaire sur zone de remplacement

À temps plein

À temps partiel - quotité : ..... %

En cas de renouvellement, nombre d'heures d'allègement de service accordé pour **2023-2024** :

1

2

3

4

5

6

7

8

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

Quotité de travail prévue pour **2024-2025** :

Temps plein

Temps partiel - Quotité demandée : ..... %

Nombre d'heures d'allègement de service souhaité pour **2024-2025** :

1

2

3

4

5

6

7

8

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)*