

**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^{ère} 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)