

DEMANDE D'ALLEGEMENT DE SERVICE D'ENSEIGNEMENT

Pour raisons de santé

(Ne concerne pas les bénéficiaires d'un poste adapté)

NOM, prénom

Date de naissance

Grade

Discipline

Adresse personnelle

Téléphone

Etab. d'affectation 2022-2023 Ville

➤ Y exercez-vous à titre définitif (TPD) ou provisoire (PRO) ? TPD PRO

➤ Effectuez-vous un complément de service ? OUI NON

Si oui, nombre d'heures Etab Ville

Ou Zone de remplacement 2022-2023

Etab. de rattachement Ville

➤ Etes-vous titulaire d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) :

OUI (joindre la copie) NON

Demande en cours

Date du dépôt

➤ Bénéficiez-vous actuellement d'un aménagement de poste (si oui, à préciser)

➤ Avez-vous déjà bénéficié d'un allègement de service pour raison médicale ?

OUI, années antérieures OUI, cette année NON

Préciser les périodes antérieures Nombre d'heures accordées

➤ Exercez-vous à temps partiel ? OUI NON

De droit Sur autorisation

Si oui, quotité

➤ Exercez-vous à temps partiel thérapeutique ? OUI NON

Si oui, quotité

➤ Bénéficiez-vous d'un congé longue maladie ou de longue durée ? OUI NON

Date :

Signature :

Avis du chef d'établissement sur la demande au regard de
la nécessité de service