

DEMANDE D'ALLÈGEMENT DE SERVICE D'ENSEIGNEMENT

Pour raisons de santé

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

Nom Prénom

Date de naissance

Corps Grade Discipline

Adresse personnelle

Téléphone

Etab. d'affectation 2025-2026 Ville

➤ Exercez-vous à titre définitif (TPD) ou provisoire (PRO) dans cet établissement ? ☐ TPD ☐ PRO

➤ Effectuez-vous un complément de service ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, nombre d'heures Etab. Ville

ou Zone de remplacement 2025-2026

Etab. de rattachement Ville

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

☐ OUI (Copie de la décision d'octroi à déposer dans COLIBRIS) ☐ NON

☐ Demande en cours Le cas échéant, date du dépôt de la demande

➤ 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

Précisez les périodes antérieures Nombre d'heures accordées

➤ Quelle quotité d'allègement de service souhaiteriez-vous pour l'année 2026-2027 ?

➤ Exercez-vous à temps partiel ? ☐ OUI ☐ De droit ☐ Sur autorisation Si oui, précisez la quotité

☐ NON

➤ Exercez-vous à temps partiel thérapeutique ? ☐ OUI Si oui, précisez la quotité ☐ NON

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

Date : <input type="text"/>	Avis motivé du chef d'établissement sur la demande au regard de la nécessité de service (<u>cachet et signature obligatoires</u>)
Signature de l'agent : <input type="text"/>	