

Personnels enseignants du premier degré
DEMANDE D'ALLEGEMENT DE SERVICE
ANNÉE SCOLAIRE 2024/2025

Document à retourner au plus tard le 15/03/2024 à la DSDEN de la Dordogne à l'adresse suivante : 24.gestcopu@ac-bordeaux.fr

Le certificat médical doit être envoyé au médecin de prévention à l'adresse suivante : 24.dossiermed1d@ac-bordeaux.fr

Décret N°2007.632 du 27 Avril 2007 – Circulaire n°2007-106 du 9 Mai 2007

I - INFORMATIONS SUR LE DEMANDEUR

	NOM : Prénom :
	Né(e) le : / / Lieu de naissance :
	Adresse personnelle :

	Téléphone : Portable :

	<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Marié(e)	<input type="checkbox"/> Divorcé(e)
	<input type="checkbox"/> Séparé(e)	<input type="checkbox"/> Pacsé(e)	<input type="checkbox"/> Veuf(ve)
	Age des enfants à charge :		
	Autre charge de famille :		

	Corps :
	Etablissement :
	Adresse :

	Téléphone :

II – SITUATION ADMINISTRATIVE

L'affectation actuelle

- est à titre définitif :
 Oui Non
- sur zone de remplacement
 Oui Non
Précisez la zone et l'école de rattachement :
.....
- sur poste adapté
 Oui Non

Congés obtenus 2022-2023 et 2023-2024

- congé de maladie ordinaire :
- congé de longue maladie :
- congé de longue durée :
- congé pour accident de travail :
- temps partiel thérapeutique :

Ancienneté

- Durée des services valables pour la retraite au 01/09/2024 :

- avez-vous déjà bénéficié d'un allègement de service ? :
oui – non **Date(s) :** **Nombre d'heures :**
- avez-vous déjà demandé un poste d'adaptation ? (ex réadaptation) :
oui – non **Date(s) :**
- avez-vous déjà été affecté(e) sur un poste adapté (ex réadaptation) :
oui – non **Date(s) :**
 - nature du poste :
 - lieu :
 - durée :
 - vos fonctions :
 - vos horaires :
- êtes-vous reconnu(e) travailleur handicapé par la MDPH : **oui – non**
du : au :
(fournir l'attestation)

III – QUOTITE DE TRAVAIL PREVUE A LA PROCHAINE RENTREE

- Temps plein

Oui

Non

- Temps partiel

Oui

Non

Précisez la quotité :

.....

- Nombre d'heures d'allègement souhaité :

Motif de la demande d'allègement :

.....

.....

.....

.....

Incidences de l'allègement sur le traitement de l'agent : il continue à percevoir l'intégralité de son traitement, les indemnités étant toutefois proratisées.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur le présent dossier :

A

le

Signature

AVIS DU MEDECIN DE PREVENTION

Avis favorable

Avis défavorable

Demande classée en : 1^{ère} catégorie (prioritaire)
 2^{ème} catégorie

Nombre d'heures à prévoir pour 2024/2025 :

Aménagement d'emploi du temps préconisé :

à

le

Signature du médecin de prévention

