

**DEMANDE D'ALLÈGEMENT DE SERVICE POUR RAISONS DE SANTÉ
des personnels enseignants du premier degré et des psychologues de
l'Éducation nationale
Année scolaire 2020-2021**

Imprimé à retourner à :

DSDEN Lozère

DRHE

3 Rue Chanteronne – CS 80022

48009 MENDE Cedex

Avant le vendredi 28 février 2020 délai de rigueur

1^{ère} demande

Renouvellement

Je soussigné(e),

Prénom, NOM :

Né(e) le : / /

Corps : Discipline :

Etablissement d'exercice :

Ville :

sur poste fixe

sur zone de remplacement

à temps plein

à temps partiel – quotité : %

En cas de renouvellement, nombre d'heures d'allègement de service accordées pour **2019-2020** :heures

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 **2020-2021** :

Temps plein

Temps partiel – Quotité demandée : %

Nombre de demi-journées d'allègement de service souhaité pour **2020-2021** :

Avis de l'IEN sur le nombre de demi-journées demandé en regard de la nécessité de service :

.....
.....
.....

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur le présent formulaire.

À, le / / 20

Signature

Avis du médecin de prévention
(après réception de la demande)