

**DEMANDE D'ALLÈGEMENT DE SERVICE POUR RAISONS DE SANTÉ  
des personnels enseignants du premier degré  
Année scolaire 2019-2020**

*Imprimé à retourner à :*

DSDEN Lozère

DRHE

3 Rue Chanteronne – CS 80022

48009 MENDE Cedex

**Avant le vendredi 15 avril 2019 délai de rigueur**

**1<sup>ère</sup> demande**

**Renouvellement**

Je soussigné(e),

Prénom, NOM : .....

Né(e) le : ..... / ..... / 19 .....

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 **2018-2019** : ....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 **2019-2020** :

Temps plein

Temps partiel – Quotité demandée : ..... %

Nombre de demi-journées d'allègement de service souhaité pour **2019-2020** : .....

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)