



**Personnels enseignants, d'éducation et d'orientation
du second degré**

DEMANDE D'ALLEGEMENT DE SERVICE

**DEMANDE D'AMENAGEMENT D'EMPLOI DU
TEMPS**

ANNÉE SCOLAIRE 2014/2015

Document à retourner à : **Geneviève SORIAUX**
Correspondant Handicap
Rectorat
SARH 1 – CS 81499 – 33060 Bordeaux

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

I - INFORMATIONS SUR LE DEMANDEUR

Etat-civil	<p>NOM : Prénom :</p> <p>Né(e) le : / / lieu de naissance :</p> <p>Adresse personnelle :</p> <p>.....</p> <p>Téléphone : Portable :</p>
Situation de famille	<p><input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e)</p> <p><input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve)</p> <p>Age des enfants à charge :</p> <p>Autre charge de famille :</p>
Lieu d'exercice	<p>Corps : Discipline :</p> <p>Etablissement :</p> <p>Adresse :</p> <p>.....</p> <p>Téléphone :</p>

II - Situation administrative

Affectation	<p style="text-align: center;">L'affectation actuelle</p> <p>- est à titre définitif : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>- sur zone de remplacement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Précisez la zone :</p> <p>- sur poste adapté <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
Congés Et ancienneté	<p style="text-align: center;">Congés Obtenus</p> <p>- congé de maladie ordinaire : - congé de longue maladie : - congé de longue durée : - congé pour accident de travail : - temps partiel thérapeutique :</p> <p style="text-align: center;">Ancienneté</p> <p>- Durée des services valables pour la retraite au 01/09/2013 :</p>
Renseignements complémentaires	<p>- avez-vous déjà bénéficié d'un allègement de service ? : oui – non Date(s) :</p> <p>- avez-vous déjà bénéficié d'un aménagement d'emploi du temps ? : oui – non Date(s) :</p> <p>- avez-vous déjà demandé un poste d'adaptation ? (<i>ex réadaptation</i>) : oui – non Date(s) :</p> <p>- avez-vous déjà été affecté(e) sur un poste adapté (<i>ex réadaptation</i>) : oui – non Date(s) : - nature du poste : - lieu : - durée : - vos fonctions : - vos horaires :</p> <p>- êtes-vous reconnu(e) travailleur handicapé par la MDPH : oui – non Du : au : (fournir l'attestation)</p> <p style="text-align: center;"><i>Pensez à déclarer votre situation de Bénéficiaire de l'Obligation d'Emploi au service de gestion du corps concerné. Si vous ne vous êtes pas déclaré dans le cadre des campagnes de recensement organisées par l'académie, cette reconnaissance BOE sera transmise au service de gestion du corps concerné par les soins de la Direction des Ressources Humaines, afin que votre situation soit identifiée et saisie dans les bases de gestion.</i></p>

III - QUOTITE DE TRAVAIL PREVUE A LA PROCHAINE RENTREE

Quotité souhaitée

- 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. L'allègement porte au maximum sur le tiers des obligations réglementaires de service et doit correspondre à un nombre entier d'heures hebdomadaires. Cela implique que l'agent ne peut effectuer d'heure supplémentaire.

IV – RENSEIGNEMENTS POUR L'AMENAGEMENT D'EMPLOI DU TEMPS

Aménagement d'emploi di temps

Les besoins sont :

- Aménagement des horaires (exemple : plutôt cours le matin ou l'après midi)

Oui Non

Précisez :

- Attribution d'une salle de classe :

Oui Non

Précisez :

- Autre besoin spécifique :

Oui Non

Précisez :
.....
.....

V – SIGNATURES ET AVIS

L'Agent	<p>Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur le présent dossier :</p> <p>à _____ le _____</p> <p>Signature</p>
Le Chef d'Etablissement	<p style="text-align: center;">AVIS DU CHEF D'ÉTABLISSEMENT OU DE SERVICE (le cas échéant, préciser sur un courrier joint les contraintes spécifiques de remplacement ou d'organisation que pourraient occasionner ces dispositifs)</p> <p>à _____ le _____</p> <p style="text-align: center;">Cachet et signature de l'autorité hiérarchique</p>

Les personnels ne doivent pas solliciter directement le médecin de prévention, son avis sera sollicité par le SARH 1.

Le Médecin de Prévention	<p style="text-align: center;">AVIS DU MEDECIN DE PREVENTION</p> <p>Avis favorable <input type="checkbox"/> Avis défavorable <input type="checkbox"/></p> <p>Nombre d'heures à prévoir pour 2014/2015 :</p> <p>Aménagement d'emploi du temps préconisé :</p> <p>à _____ le _____</p> <p style="text-align: center;">Signature du médecin de prévention</p>
---------------------------------	--