



**ACADÉMIE
DE MONTPELLIER**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Direction des services départementaux
de l'éducation nationale
de la Lozère

Division des Ressources Humaines et des
Emplois du 1^{er} degré

Mende, le 6 mars 2025

Cheffe de division :
Claudie David

Le directeur académique des services de l'Éducation
nationale de la Lozère

Affaire suivie par :
Guillaume Herzog

à

Tél : 04 66 49 51 13
Mél : ce.ia48drh@ac-montpellier.fr

Mesdames et Messieurs les enseignant(e)s du 1^{er}
degré
s/c de Mesdames les inspectrices de l'Éducation
nationale

3 rue Chanteronne CS 50010
48009 Mende cedex

**OBJET : demande d'allègement de service pour les enseignants du premier degré public.
Rentrée scolaire 2025.**

Réf. : Décret n°2007-632 du 27 avril 2007
Circulaire DGRHB1-3 n°2007-106 du 9 mai 2007

J'ai l'honneur de vous informer que les dispositions réglementaires, ci-dessus référencées, prévoient la possibilité pour certains personnels de solliciter un aménagement de leur poste de travail au titre de la prochaine rentrée scolaire.

L'allègement de service est une mesure exceptionnelle. Il est accordé en raison de l'état de santé de l'enseignant, qui continue à percevoir l'intégralité de son traitement. Cet accompagnement limité dans le temps ne peut être envisagé comme une compensation pérenne d'un handicap. Attribué pour la durée de l'année scolaire ou pour une durée inférieure sur avis du médecin conseiller technique auprès du recteur, il n'est pas renouvelé systématiquement l'année suivante. Il s'inscrit dans le cadre du contingent d'emplois dévolus au département.

1 - Bénéficiaires du dispositif :

Les enseignants du premier degré peuvent bénéficier d'un allègement de service correspondant à un nombre entier de demi-journées hebdomadaires. L'allègement porte au maximum sur le tiers des obligations réglementaires de service. Il peut être accordé à un agent exerçant à temps partiel mais ne saurait se cumuler avec le temps partiel thérapeutique.

2 - Demande d'allègement :

Les personnels souhaitant bénéficier de cette mesure, y compris celle de renouvellement, devront adresser leur demande à la DSDEN de la Lozère – DRHE, avant le **mercredi 9 avril 2025**, en utilisant le formulaire annexé à cette note, accompagné du certificat médical type complété et sous pli cacheté, à l'attention du médecin conseiller technique.

Mes services sont à votre disposition pour toute information complémentaire.

Pour le Directeur Académique des
Services de l'Éducation Nationale
de la Lozère et par délégation
le Secrétaire Général

Alexandre Monneret

DEMANDE D'ALLÈGEMENT DE SERVICE POUR RAISONS DE SANTÉ
Personnels enseignants du premier degré
Année scolaire 2025-2026

Imprimé à retourner à :

DSDEN Lozère

DRHE

3 Rue Chanteronne – CS 80022

48009 MENDE Cedex

Avant le mercredi 9 avril 2025 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 **2024-2025** : ... 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 **2025-2026** :

Temps plein

Temps partiel – Quotité demandée : %

Nombre de demi-journées d'allègement de service souhaité pour **2025-2026** :

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 / / 2025
Signature

Avis du médecin conseiller technique
(après réception de la demande)

Certificat médical confidentiel à compléter par le médecin traitant généraliste ou spécialiste du patient

Réservé à l'usage exclusif du médecin conseiller technique ou du
médecin de prévention en faveur des personnels de l'académie de
Montpellier

Document soumis au secret professionnel
Article 226-13 du code pénal

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Pathologie ayant justifié la reconnaissance du handicap :

Histoire de la ou des pathologies invalidantes :

Date de début des troubles :

Origine, circonstance d'apparition :

Compte(s) rendu(s) joint(s) (préciser)

Description clinique actuelle :

Evolution prévisible

Traitements, prises en charges thérapeutiques

Nature et durée des traitements en cours (préciser les contraintes liées aux traitements, les effets secondaires)

Prises en charge régulières

- Hospitalisations itératives ou programmées
- Autres consultations médicales régulières, spécialisées ou non
- Autres prises en charge paramédicales régulières
- Autres (préciser)

Tout autre élément utile à l'examen de la demande du patient :

Certificat médical établi le

Signature et cachet du médecin