académie Bordeaux
direction des services départementaux de l'éducation nationale Pyrénées-Atlantiques

DEMANDE D'ALLEGEMENT DE SERVICE

ANNÉE SCOLAIRE 2018/2019

Document à retourner à :
Laurent Capdeboscq
Responsable du Pôle 1er degré
D.S.D.E.N. des Pyrénées-Atlantiques
2 Place d'Espagne
64038 PAU CEDEX
Laurent.Capdeboscq@ac-bordeaux.fr

Articles R.911-15 à R.911-30 du Code de l'Éducation – Circulaire n° 2007-106 du 9 Mai 2007

I - INFORMATIONS SUR LE DEMANDEUR

Etat-civil

NOM : ..... Prénom :.....

Né(e) le : ..... /..... /..... lieu de naissance :.....

Adresse personnelle : .....

.....

Téléphone : ..... Portable : .....

Situation de famille

☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e)

☐ Séparé(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Veuf(ve)

Age des enfants à charge : .....

Autre charge de famille :.....

Lieu d'exercice

Corps : ..... Discipline : .....

Etablissement :

.....

Adresse :

.....

.....

Téléphone : .....

II - Situation administrative

Affectation

L'affectation actuelle

- est à titre définitif :
☐ Oui ☐ Non

- sur zone de remplacement
☐ Oui ☐ Non
Précisez la zone :.....

- sur poste adapté
☐ Oui ☐ Non

Congés Et ancienneté

Congés Obtenus

- 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 01/09/2016 :.....

Renseignements complémentaires

- avez-vous déjà bénéficié d'un allègement de service ? *:*
oui – non **Date(s) :**

- 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

Quotité souhaitée

- Temps plein

☐ Oui ☐ Non

- Temps partiel

☐ Oui ☐ Non

Précisez la quotité :

.....

- Nombre d'heures d'allègement souhaité *(hors Temps partiel)* :

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 quart des obligations réglementaires de service, en journée ou demi-journée. Cela implique que l'agent ne peut effectuer d'heure supplémentaire.

IV – SIGNATURES ET AVIS

L'Agent	Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur le présent dossier : à le Signature
L'inspecteur de l'éducation nationale	**AVIS DE L'INSPECTEUR DE L'EDUCATION NATIONALE** (le cas échéant, préciser sur un courrier joint les contraintes spécifiques de remplacement ou d'organisation que pourraient occasionner ces dispositifs) à le Cachet et signature de l'autorité hiérarchique
Le Médecin de Prévention	**AVIS DU MEDECIN DE PREVENTION** **Avis favorable ☐** **Avis défavorable ☐** **Nombre d'heures à prévoir pour 2018/2019 :** à le Signature du médecin de prévention