

**Demande d'allègement pour raisons de santé pour les personnels enseignants
et d'éducation titulaires du 2nd degré et les psychologues de l'éducation
nationale titulaires du 1^{er} et du 2nd degrés
Année scolaire 2025-2026**

Imprimé à retourner à :
Rectorat de l'académie de Montpellier
DRH- Service de l'Accompagnement Individualisé des personnels
31, rue de l'Université
34064 MONTPELLIER cedex 2

Jusqu'au vendredi 28 mars 2025 inclus, dernier délai

1^{ère} demande

Renouvellement

Je soussigné(e),

Prénom, NOM :

Né(e) le : / /

Corps : Discipline :

Courriel : Téléphone :

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** :....h

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** (hors demande d'allègement de service) :

Temps plein

Temps partiel – Quotité demandée : %

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

Je reconnais avoir pris connaissance des modalités d'attribution des allègements de service.

À, le / / 20

Signature de l'intéressé

Avis du chef d'établissement ou de l'IEN

(Conformément à l'article R.911-16 du code de l'éducation)

Avis favorable

Avis défavorable

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

Nombre d'heure(s) d'allègement de service préconisée(s)
pour **2025-2026** :.....h