

DEMANDE D'ALLEGEMENT DE SERVICE POUR RAISONS DE SANTE
des personnels enseignants titulaires du second degré public, d'éducation et
des psychologues de l'éducation nationale
Année scolaire 2025-2026

*Imprimé à retourner au Rectorat, à la DRH, **avant le mardi 11 mars 2025***

☐ **1^{ère} demande**

☐ **Renouvellement**

Je soussigné(e),

NOM, Prénom :

Né(e) le : / / 19

Corps : Discipline :

Etablissement d'exercice :

Ville :

☐ Titulaire

En 2024-25 : ☐ À temps plein

☐ Titulaire sur zone de remplacement

☐ À temps partiel - quotité : %

En cas de renouvellement, nombre d'heures d'allègement de service accordé en 2024-2025 : heures

Avez-vous bénéficié d'un temps partiel **thérapeutique** au cours de l'année 2024-2025 ? ☐ oui ☐ non

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

Année scolaire 2025-2026 :

Nombre d'heures d'allègement de service souhaité **dans la limite maximale du tiers des obligations réglementaires de service** pour 2025-2026 :

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

☐ 6

☐

Faites-vous **une demande de temps partiel** (pour raison de santé ou pour convenance personnelle) en plus de la demande d'allègement de service pour 2025-2026 ?

☐ oui

☐ non

Quotité de temps partiel demandée : %

Je vous rappelle que l'allègement de service ne peut pas se cumuler avec le temps partiel thérapeutique.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur le présent formulaire et reconnais avoir pris connaissance des modalités d'attribution des allègements de service.

Signature

À, le / / 20

Avis du chef d'établissement/de service

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