

Personnels enseignants du premier degré  
**DEMANDE D'ALLEGEMENT DE SERVICE**  
**ANNÉE SCOLAIRE 2024/2025**

Document à retourner au plus tard le 15/03/2024 à la DSDEN de la Dordogne à l'adresse suivante : [24.gestcopu@ac-bordeaux.fr](mailto:24.gestcopu@ac-bordeaux.fr)

Le certificat médical doit être envoyé au médecin de prévention à l'adresse suivante : [24.dossiermed1d@ac-bordeaux.fr](mailto:24.dossiermed1d@ac-bordeaux.fr)

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

**I - INFORMATIONS SUR LE DEMANDEUR**

|                                  |                           |
|----------------------------------|---------------------------|
| NOM : .....                      | Prénom : .....            |
| Né(e) le : ..... / ..... / ..... | Lieu de naissance : ..... |
| Adresse personnelle : .....      |                           |
| .....                            |                           |
| Téléphone : .....                | Portable : .....          |

|                                      |                                   |                                     |
|--------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Célibataire | <input type="checkbox"/> Marié(e) | <input type="checkbox"/> Divorcé(e) |
| <input type="checkbox"/> Séparé(e)   | <input type="checkbox"/> Pacsé(e) | <input type="checkbox"/> Veuf(ve)   |
| Age des enfants à charge : .....     |                                   |                                     |
| Autre charge de famille : .....      |                                   |                                     |

|                       |
|-----------------------|
| Corps : .....         |
| Etablissement : ..... |
| Adresse : .....       |
| .....                 |
| Téléphone : .....     |

## II – SITUATION ADMINISTRATIVE

### L'affectation actuelle

- est à titre définitif :  
 Oui  Non
- sur zone de remplacement  
 Oui  Non  
Précisez la zone et l'école de rattachement :  
.....
- sur poste adapté  
 Oui  Non

### Congés obtenus 2022-2023 et 2023-2024

- 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 01/09/2024 : .....

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

- 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, les indemnités étant toutefois proratisées.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur le présent dossier :

A

le

Signature

### AVIS DU MEDECIN DE PREVENTION

**Avis favorable**

**Avis défavorable**

Demande classée en :  1<sup>ère</sup> catégorie (prioritaire)  
 2<sup>ème</sup> catégorie

Nombre d'heures à prévoir pour 2024/2025 :

Aménagement d'emploi du temps préconisé :

à

le

Signature du médecin de prévention

