

Personnels enseignants du premier degré
DEMANDE D'ALLEGEMENT DE SERVICE
ANNÉE SCOLAIRE 2025/2026

Document à retourner au plus tard le 13/01/2025 à la DSDEN de la Dordogne à l'adresse suivante : 24.gestcopu@ac-bordeaux.fr
Le certificat médical doit être envoyé au médecin de prévention à l'adresse suivante : 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 2023-2024 et 2024-2025

- 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 01/09/2025 :

- 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 pour la rentrée 2025-2026

Oui

Non

- Demande de temps partiel en cours pour la rentrée 2025-2026

Oui

Non

Précisez la quotité :

.....

- Nombre d'heures d'allègement souhaité :

6 heures (25%)

12heures (50%)

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^{ère} catégorie (prioritaire)

2^{ème} catégorie

Nombre d'heures à prévoir pour 2025/2026 :

Aménagement d'emploi du temps préconisé :

à

le

Signature du médecin de prévention

