

Personnels enseignants du premier degré
DEMANDE D'ALLEGEMENT DE SERVICE

ANNÉE SCOLAIRE 2020/2021

Document à retourner avant le 31/03/2020 à :
Hélène MAZIERES
DRHVE
DSDEN de la Dordogne CS 10 013
20 rue Alfred de Musset – 24 054 PERIGUEUX

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 :

- sur poste adapté

Oui

Non

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 01/09/2020 :

- 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

- 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^{ère} catégorie (prioritaire)
 2^{ème} catégorie

Nombre d'heures à prévoir pour 2020/2021 :

Aménagement d'emploi du temps préconisé :

à

le

Signature du médecin de prévention