

**Personnels enseignants du premier degré**  
**DEMANDE D'ALLEGEMENT DE SERVICE**

**ANNÉE SCOLAIRE 2021/2022**

**Document à retourner avant le 31/03/2021 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 01/09/2021 : .....

- 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<sup>ère</sup> catégorie (prioritaire)  
 2<sup>ème</sup> catégorie

**Nombre d'heures à prévoir pour 2021/2022 :**

**Aménagement d'emploi du temps préconisé :**

à

le

Signature du médecin de prévention