

PERSONNELS ENSEIGNANTS DU 1^{ER} DEGRE

DOSSIER DE DEMANDE D'ALLEGEMENT DE SERVICE

ANNEE SCOLAIRE 2020/2021

Dossier à retourner avant le 17 janvier 2020

☐ 1 ^{ère} d	emande (1)	-	☐ renouvellement (1)
I – SITUATION PERSONN	ELLE ET ADMINISTR	ATIVE	
Nom – Prénom :			
Date de naissance :			
Affectation actuelle :			
Situation de famille :			
Célibataire – mari	é(e) – divorcé(e) – sé	paré(e)– pacsé(e)	(2)
Age et profession du conjoi	nt :		
Date de naissance des enfa	ants à charge :		
Autres charges de famille :			
Adresse personnelle + num	éro de téléphone :		
Date de départ à la retraite	envisagée :		
II – CONGES OBTENUS :	(1)		
☐ Congés de maladie ordi	naire (C.M.O.)		
□ C.L.M.			
□ C.L.D.			
☐ Réintégration en mi-tem	ps thérapeutique		
☐ Disponibilité d'office apre	ès C.L.M. ou C.L.D.		
☐ Congé pour accident de	travail		
□Congé de formation profe	essionnelle		
☐ Occupation thérapeutiqu	ie		
☐ Affectation en poste ada	pté		
☐ Disponibilité pour conve	nance personnelle		
☐ Reconnaissance de la C	ualité de Travailleur H	landicapé (RQTH)	:
☐ Oui Depuis	le:	Date d'échéance	prévue le :
□ Non			
☐ Demande en (à transmettre à	cours auprès de la Ml la DSDEN dès obtenti	OPH on)	

	II – RENSEIGNEM	ENTS COMPLE	MENTAIRES :					
	- Avez-vous déjà été affecté(e) sur un poste adapté (ou anciennement poste de réadaptation) : OUI – NON (2)							
	- Nature du poste :							
	- Lieu:							
	- Durée :							
	- Vos fonctions :							
	III- QUOTITE DE TRAVAIL PREVUE EN 2020/2021 : (1)							
	□ Temps plein							
	☐ Temps partiel (précisez la quotité)							
	→ Quotité d'allègement souhaitée pour 2020/2021 :							
	☐ (1/2 journée) ☐ (1 journée)							
	→ Durée de l'allèg	ement sollicitée	:					
	☐ 3 mois	☐ 6 mois	□ 1 an					
Je certifie sur l'I	nonneur l'exactitude d	des renseignem	ents figurant sur le prés	ent dossier :				
	à		le					
		;	Signature					
(1) cocher la cas	e correspondante							
(2) rayer la ment	ion inutile							
maximum sur le Cela implique q	e tiers des obligations ue l'agent ne peut eff	s réglementaires ectuer d'heure s	on traitement, les indem s de service et doit corr supplémentaire. e service, sont invités	espondre à un r	nombre entier d'heure	s hebdomadaires.		
de demander	a reconnaissance d	e la qualité de	au sein de la Maison dé travailleur handicapé s, notamment dans le c	(RQTH) et de f	aire fixer leur taux d	, ,		
		AVIS D	U MEDECIN DE PI	REVENTION				
☐ Favorable								
☐ Défavorab	le							
QUOTITE ACCORDEE (si favorable) :				DUREE :				
□ (1/2 journé	ee) 🔲 (1 jour	née)	☐ 3 mois	☐ 6 mois	□1 an			
OBSERVATION	ONS EVENTUELLES	S :						