

DEMANDE D'ALLÈGEMENT DE SERVICE

ANNÉE SCOLAIRE 2025-2026

**Document à retourner
au chef de division 1^{er} degré
D.S.D.E.N. des Pyrénées-Atlantiques
2 place d'Espagne
64038 PAU CEDEX**

articles R.911-15 à R.911-30 du code de l'éducation

I - INFORMATIONS CONCERNANT LE DEMANDEUR

Etat-civil	NOM : Prénom : Né(e) le : / / Lieu de naissance : Adresse personnelle : Adresse électronique : @ac-bordeaux.fr Portable :
Situation de famille	<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 :
Lieu d' exercice	Corps : École / établissement : Adresse : Téléphone :

II - Situation administrative

Affectation	<p style="text-align: center;">Affectation actuelle</p> <p>- à titre définitif : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>- sur zone de remplacement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Précisez la zone :</p> <p>- sur poste adapté <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
Congés et ancienneté	<p style="text-align: center;">Congés obtenus</p> <p>- congé de maladie : - congé de longue maladie : - congé de longue durée : - CITIS : - temps partiel thérapeutique :</p> <p style="text-align: center;">Ancienneté</p> <p>- Durée des services valables pour la retraite au 01/09/2025 :</p>
Renseignements complémentaires	<p>- avez-vous déjà bénéficié d'un allègement de service ? oui – non Date(s) :</p> <p>- avez-vous déjà demandé un poste adapté ? oui – non Date(s) :</p> <p>- avez-vous déjà été affecté(e) sur un poste adapté ? oui – non Date(s) :</p> <ul style="list-style-type: none">- nature du poste :- lieu :- durée :- vos fonctions :- vos horaires : <p>- avez-vous une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé ? oui – non Du : au : Fournir la notification</p>

III - QUOTITE DE TRAVAIL PRÉVUE A LA PROCHAINE RENTREE

Quotité souhaitée

- Temps plein

Oui

Non

- Temps partiel

Oui

Non

Précisez la quotité :

.....

- Nombre d'heures d'allègement souhaité (*hors temps partiel*) :

Motif de la demande d'allègement :

.....
.....
.....
.....

Incidences de l'allègement sur le traitement de l'agent : l'intégralité du traitement est versé. L'allègement, en journée ou demi-journée, porte au maximum sur le 1/3 des obligations réglementaires de service. L'agent ne peut effectuer d'heure supplémentaire.

IV – SIGNATURES ET AVIS

L' Agent	<p>Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur le présent dossier :</p> <p>A _____ le _____</p> <p>Signature</p>
L' inspecteur de l' éducation nationale	<p>AVIS DE L'INSPECTEUR DE L'ÉDUCATION NATIONALE (le cas échéant, préciser dans un courrier joint les contraintes spécifiques de remplacement ou d'organisation que pourraient occasionner ce dispositif)</p> <p>A _____ le _____</p> <p>Cachet et signature</p>
Le médecin du travail	<p>AVIS DU MEDECIN DU TRAVAIL</p> <p>Avis favorable <input type="checkbox"/> Avis défavorable <input type="checkbox"/></p> <p>Nombre d'heures à prévoir pour 2025-2026 :</p> <p>à _____ le _____</p> <p>Signature du travail</p>