

**DEMANDE D'ALLÈGEMENT DE SERVICE POUR  
RAISONS DE SANTÉ  
des personnels enseignants titulaires et assimilés  
du premier degré  
Année scolaire 2021-2022**

*A renvoyer impérativement **pour le vendredi 05 février 2021**  
à la DIPRED -(cité administrative-02018 LAON CEDEX)-  
sous couvert de l'inspecteur de l'éducation nationale*

**1<sup>ère</sup> demande**

**Renouvellement**

Nom d'usage : ..... Nom patronymique : .....

Prénom : ..... Date de naissance : .....

Corps : .....

École ou établissement de rattachement: .....

Ville : .....

À titre définitif

À temps plein

À temps partiel – quotité : ..... %

En cas de renouvellement, nombre de demi-journées d'allègement de service  
accordées en 2020-2021 :

1     2     3

Êtes-vous reconnu(e) travailleur handicapé (RQTH) ?     oui     non  
*(Si oui, joindre une copie de l'attestation transmise par la MDPH)*

Demande en cours ?     oui     non

Quotité de travail envisagée pour l'année **2021-2022** :

Temps plein

Temps partiel – Quotité demandée : ..... %

Nombre de demi-journées d'allègement de service souhaitées pour l'année **2021-2022** :

1     2     3

Je, soussigné(e), ..... certifie sur l'honneur  
l'exactitude des renseignements figurant sur le présent formulaire.

À ....., le ..... / ..... / 20 .....

Signature

Avis du médecin de prévention  
*(après réception de la demande)*