

**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^{ère} 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)