

Personnels enseignants du premier degré

DEMANDE D'ALLEGEMENT DE SERVICE

ANNÉE SCOLAIRE 2026/2027

Document à retourner au plus tard le 15/01/2026 à la DSDEN de la Dordogne à l'adresse suivante : 24.gestcopu@ac-bordeaux.fr

Le certificat médical doit être envoyé au médecin de prévention à l'adresse suivante : 24.dossiermed1d@ac-bordeaux.fr

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 :	

	☐ Célibataire	☐ Marié(e)	☐ Divorcé(e)
	☐ Séparé(e)	☐ Pacsé(e)	☐ 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 et l'école de rattachement :

.....

- sur poste adapté

☐ Oui

☐ Non

Congés obtenus 2024-2025 et 2025-2026

- 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 01/09/2026 :

- avez-vous déjà bénéficié d'un allègement de service ? :

oui – non

Date(s) :

Nombre d'heures :

- 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 pour la rentrée 2026-2027

☐ Oui

☐ Non

- Demande de temps partiel en cours pour la rentrée 2026-2027

☐ Oui

☐ Non

Précisez la quotité :

.....

- Nombre d'heures d'allègement souhaité :

☐ 6 heures (25%)

☐ 12heures (50%)

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^{ère} catégorie (prioritaire)
☐ 2^{ème} catégorie

Nombre d'heures à prévoir pour 2026/2027 :

Aménagement d'emploi du temps préconisé :

à

le

Signature du médecin de prévention