

**DEMANDE D'ALLÈGEMENT DE SERVICE POUR RAISONS DE SANTÉ
des personnels enseignants titulaires du second degré, d'éducation et
d'orientation
Année scolaire 2016-2017**

Imprimé à retourner à :

Rectorat de l'académie de Montpellier
DRH- Service de prévention et de suivi des personnels
31, rue de l'Université
34064 MONTPELLIER cedex 2

Avant le lundi 4 avril 2016 délai de rigueur

1^{ère} demande

Renouvellement

Je soussigné(e),

Prénom, NOM :

Né(e) le : / / 19

Corps : Discipline :

Etablissement d'exercice :

Ville :

sur poste fixe

sur zone de remplacement

À temps plein

À temps partiel – quotité : %

En cas de renouvellement, nombre d'heures d'allègement de service accordées pour **2015-2016** :h

Êtes-vous reconnu(e) travailleur handicapé ? oui non

(Si oui, joindre une copie de l'attestation transmise par la MDPH)

Demande en cours ? oui non

Quotité de travail prévue pour **2016-2017** :

Temps plein

Temps partiel – Quotité demandée : %

Nombre d'heures d'allègement de service souhaitées pour **2016-2017** :h

Avis du chef d'établissement sur le nombre d'heures demandées en regard de la nécessité de service :

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

Je 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)