**Demande d’allègement de service**

Année scolaire 2024-2025

Dossier à retourner avant le **16 février 2024**

 1ère demande

 Renouvellement (préciser le nombre d’année dont vous avez déjà bénéficié) :

**ÉTAT CIVIL**

|  |  |
| --- | --- |
| NOM : |  |
| Prénom : |  |
| Né(e) le : |  | Lieu de naissance : |
| Adresse : |  |
| Téléphone : |  |
| Courriel : |  |

**SITUATION FAMILIALE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Célibataire |  | Marié(e) |  | Divorcé(e) |  |
| Séparé(e) |  | Pacsé(e) |  | Veuf(ve) |  |

* Êtes-vous reconnu(e) travailleur handicapé par la MDPH : oui non 󠄪
* Date de validité de votre RQTH :

**Si vous ne l’avez pas encore adressé à votre service gestionnaire, merci de joindre *impérativement* le justificatif*.***

**SITUATION ADMINISTRATIVE**

|  |  |
| --- | --- |
| Corps et Discipline : |  |
| Etablissement d’exercice : |  |
| Position administrative |  En activité  En congé (précisez la nature et la durée) En temps partiel thérapeutique (précisez la durée) |
| Quotité de service |  Temps complet Temps Partiel (précisez la quotité) |

**DEMANDE D’ALLÈGEMENT DE SERVICE**

Avez-vous déjà bénéficié d’un allègement au cours de votre carrière ? oui non

Si oui précisez les années et le nombre d’heures :

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre d’heures d’allègement souhaité  |  |
| Motif de la demande  |  Médical (joindre un certificat médical sous pli confidentiel) Autre (à préciser) : |
| Temps partiel 2024/2025 |  Demande de temps partiel pour la rentrée prochaine (précisez la quotité) |

**Rappel : L’allègement de service, qui correspond à un accompagnement limité dans le temps, ne peut être envisagé comme une compensation d’un handicap pérenne. C’est d’ailleurs la raison pour laquelle il est attribué au titre d’une année scolaire et n’est pas reconduit de manière automatique, et s’il l’est, c’est généralement de manière dégressive. Si la possession de la RQTH peut être prise en compte dans certains cas, elle ne donne cependant pas droit à un accès systématique et définitif au dispositif.**

**VISA DE L’AGENT**

Je certifie sur l’honneur l’exactitude des renseignements figurant sur le présent dossier et reconnais avoir pris connaissance des modalités d’attribution des allègements de service.

Le

Fait à

Signature

**AVIS DU SUPERIEUR HIERARCHIQUE**

|  |  |
| --- | --- |
|  Favorable |  Défavorable |
| Au besoin, précisez si le nombre d’heures d’allègement demandé est cohérent ou doit être modifié pour correspondre à un service.  | Merci de motiver l’avis défavorable |

Le

Fait à

**Signature et cachet,**

**ACCUSE DE RECEPTION**

**(document à pré-remplir par l’intéressé(e) ou l’établissement)**

**Document à remettre à :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom** |  |
| **Prénom** |  |
| **Etablissement**  |  |

Le Pôle d’Accompagnement des Ressources Humaines accuse bonne réception de votre dossier de demande d’allègement de service pour l’année 2024/2025.

A Dijon, Le…………………………….