



direction des services
départementaux
de l'éducation nationale
Seine-Maritime

DEMANDE D'ALLÈGEMENT DE SERVICE ANNÉE SCOLAIRE 2019-2020

PERSONNELS ENSEIGNANTS DU 1^{ER} DEGRÉ PUBLIC

JOINDRE OBLIGATOIREMENT A CETTE DEMANDE :

- Une demande écrite explicative des difficultés rencontrées dans l'exercice des fonctions.
- Un certificat médical récent, explicite et détaillé, sous pli cacheté et confidentiel, qui sera transmis par la DIPE au médecin de prévention du rectorat.

Mme M.

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Instituteur Professeur des écoles

Fonctions (adjoint, conseiller pédagogique, directeur, psychologue scolaire, etc.) :

.....

Etablissement ou école d'exercice (préciser l'adresse et le téléphone) :

.....

.....

Adresse personnelle :

.....

.....

Ville : Code postal :

Tél fixe et portable :

Courriel :

CADRE RÉSERVÉ A L'ADMINISTRATION

Date d'entrée dans l'enseignement en qualité de titulaire :

Ancienneté générale de service : au 01/09/2018

Congés obtenus :

- Congés de maladie ordinaire : Nombre de jours : en 2017-2018 :
en 2018-2019 :

- Congés de longue maladie : du au
du au
du au

- Congés de longue durée : du au
du au
du au

Temps partiels :

- Temps partiel thérapeutique : droits utilisés :

- Temps partiel en 2018/2019, quotité d'exercice :

- Demande de temps partiel pour 2019-2020 ? Non Oui Quotité demandée :

Renseignements complémentaires

Avez-vous sollicité ou bénéficié d'un poste adapté ?

Non Oui préciser l'année :

Avez-vous sollicité un congé de formation professionnelle ?

Non Oui

Participerez-vous au mouvement départemental ?

Non Oui

Participerez-vous au mouvement interdépartemental ?

Non Oui

Bénéficiez-vous d'un allègement de service en 2018/2019 ?

Non Oui

Bénéficiez-vous d'un aménagement de poste pour raison médicale ?

Non Oui

Etes-vous reconnu(e) travailleur handicapé ?

Non Oui (joindre une copie de la notification MDPH)

Avez-vous une demande en cours d'instruction auprès de la M.D.P.H. (Maison Départementale des Personnes Handicapées) ?

Non Oui

Avez-vous précédemment contacté l'un des services suivants :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| - Le Médecin de Prévention | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| - Votre service de gestion à la DSDEN | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| - Une assistante sociale des personnels | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| - La conseillère du dispositif de conseil en carrière | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| - La psychologue des personnels | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |

A, le

Signature de l'enseignant :

Avis du supérieur hiérarchique :

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

A....., le.....

Signature et cachet :