

Démarche : DEMANDE D'ALLEGEMENT DE SERVICE

Organisme : Académie de Normandie, Direction des relations et des ressources humaines

## Identité du demandeur

|          |                      |
|----------|----------------------|
| Email    | <input type="text"/> |
| Civilité | <input type="text"/> |
| Nom      | <input type="text"/> |
| Prénom   | <input type="text"/> |

## Formulaire

Demande d'allègement de service

**Adresse électronique académique**

**Date de naissance**

**Numéro de téléphone**

**Adresse**

**Etes-vous reconnu travailleur handicapé?**

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

**Typologie du handicap ou de la pathologie**

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

☐ Maladie chronique invalidante

☐ Auditif

☐

## DEMANDE D'ALLEGEMENT DE SERVICE

☐ Visuel

☐ Autre

### Enseignement public ou privé sous contrat

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Enseignement public

☐ Enseignement privé

### Corps

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Professeur certifié

☐ PLP

☐ Professeur des écoles

☐ Professeur agrégé

☐ CPE

☐ PSYEN EDO

☐ PSYEN EDA

☐ Enseignant contractuel

### Discipline

### Dénomination de l'établissement ou école d'affectation

### Commune de l'établissement ou de l'école

### Département de l'établissement ou de l'école

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ 14

☐ 27

☐ 50

☐ 61

☐ 76

### Adresse électronique de l'établissement

### Adresse électronique du CIO

### Adresse électronique de la circonscription du premier degré

## DEMANDE D'ALLEGEMENT DE SERVICE

### **Vous exercez actuellement vos fonctions :**

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ à temps complet
- ☐ à temps complet avec allégement de service
- ☐ à temps partiel thérapeutique
- ☐ à temps partiel de droit au titre du handicap
- ☐ à temps partiel sur autorisation
- ☐ en CLM
- ☐ en CLD
- ☐ en CITIS

### **Nombre d'heures d'allégement de service demandé**

### **Nombre de demi-journées d'allégement demandé**

### **Motifs de votre demande**

Veillez préciser les motifs de votre demande, sans nommer ou entrer dans les détails de votre pathologie.

### **Pièce justificative à joindre en complément du dossier**

- ☐ Justificatif de la situation de bénéficiaire de l'obligation d'emploi (pour les agents concernés)

Veillez ne pas joindre de pièces déjà adressées à l'administration dans le cadre d'une demande précédente. Les pièces médicales ne doivent pas être jointes à cette démarche en ligne. Elles seront adressées au service de médecine de prévention par mail, ou remises en main propre lors d'un rendez-vous.