ACADÉMIE DE CRÉTEIL
Liberté Égalité Fraternité

Direction des services départementaux de l'éducation nationale du Val-de-Marne

ANNEXE 1 : Demande d'allègement de service
Année scolaire 2023-2024

Imprimé à retourner à la DRHM ***par voie électronique sur l'adresse fonctionnelle*** *:*

ce.94tempspartiels@ac-creteil.fr avant le vendredi 17 février 2023

Tout dossier adressé hors délai ou incomplet ne sera pas traité et sera rejeté

☐ 1ère demande ☐ renouvellement

☐ **NOM DE FAMILLE** : …….. Date de naissance : ……..

Adresse personnelle : ……..……..……

Tel. : ……..……Courriel professionnel : ……..……@ac-creteil.fr

Fonctions exercées (adjoint, directeur, etc…) : ……..……..……

Année en cours (2022-2023) :

Ecole d'affectation : ……..……..……

☐ A titre définitif ☐ A titre provisoire

☐ A temps plein ☐ A temps partiel – quotité : ……. %

☐ Allègement de service - quotité : …… %

Année 2023-2024 :

Quotité de travail prévue pour **2023-2024 :**

☐ A temps plein ☐ A temps partiel – quotité demandée : …….. %

☐ Allègement de service - quotité demandée : ……%

Renseignements complémentaires :

➢ Etes-vous titulaire de la **Reconnaissance en Qualité de Travailleur en situation de Handicap** (RQTH) ?

☐ Oui (date de la décision : ……..…… ; période de validité : ……..……....)

☐ Non ☐ Demande en cours

➢ Avez-vous bénéficié d'un allègement de service les années précédentes ? ☐ oui ☐ non

Si oui, au titre de quelle(s) année(s) ? …….

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

Fait à , le **Signature demandeur** :

Avis du médecin de prévention (après réception de la demande) :

☐ **Favorable** ☐ **75 %**

☐ **80 %**

☐ **Défavorable**

Date et signature :

Décision de Mme la directrice académique (après avis du médecin de prévention) :

☐ **Favorable** ☐ **75 %**

☐ **80 %**

☐ **Défavorable**

Date et signature :