

DEMANDE D'ALLÈGEMENT DE SERVICE POUR RAISONS DE SANTÉ
des personnels enseignants titulaires et assimilés
du premier degré
Année scolaire 2014-2015

DSDEN 02

Imprimé à retourner à :

Direction des services départementaux de l'éducation nationale de l'Aisne-
DIPRED1
-(cité administrative-02018 LAON CEDEX)-
avant le 13 mars 2014*

1^{ère} demande

Renouvellement

Je soussigné(e),

Prénom, NOM :

Né(e) le : / / 19

Corps : Discipline :

Etablissement d'exercice :

Ville :

À titre définitif

À temps plein

À temps partiel – quotité : %

En cas de renouvellement, nombre de journées d'allègement de service accordé pour **2013-2014** :

1

2

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 **2014-2015** :

Temps plein

Temps partiel – Quotité demandée : %

Nombre de journées d'allègement de service souhaité pour **2014-2015** :

½

1

2

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)