



RÉGION ACADÉMIQUE
OCCITANIE
MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE
MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,
DE LA RECHERCHE
ET DE L'INNOVATION

PERSONNELS ENSEIGNANTS
PREMIER DEGRE
**DEMANDE D'ALLEGEMENT DE SERVICE
ANNEE SCOLAIRE 2020 – 2021**
Dossier à retourner avant le 01/05/2020

JOINDRE OBLIGATOIREMENT
un certificat médical sous pli confidentiel

1 - SITUATION PERSONNELLE

NOM : PRENOM :

NUMEN : DATE DE NAISSANCE : [][] [][] [][]

ADRESSE PERSONNELLE :
.....
.....

N° TELEPHONE DOMICILE [][] [][] [][] [][] [][]

N° TELEPHONE PORTABLE [][] [][] [][] [][] [][]

COURRIEL@.....

SITUATION FAMILIALE ①
CELIBAT MARIAGE PACS CONCUBINAGE DIVORCE VEUVAGE

PROFESSION DU CONJOINT :

NOMBRE D'ENFANTS : [][]

AGE DES ENFANTS A CHARGE :

① cocher la case concernée

2 - SITUATION ADMINISTRATIVE

GRADE :

ECHELON :

DEPARTEMENT DE RATTACHEMENT
ADMINISTRATIF :ANCIENNETE GENERALE DES SERVICES AU
01/09/2019 :

DATE DE TITULARISATION

--	--	--	--	--	--

↵ POSTE OCCUPE EN 2019 – 2020 OU DERNIER POSTE OCCUPE

ADRESSE ET TELEPHONE DE L'ECOLE :



.....

.....



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

↵ DEPUIS QUELLE DATE OCCUPEZ-VOUS CE POSTE ?

--	--	--	--	--	--

↵ EN 2019- 2020 OCCUPEZ-VOUS CE POSTE A TEMPS PARTIEL ? (SI OUI, PRECISEZ LA QUOTITE)

.....

↵ ETES-VOUS EN CONGE ACTUELLEMENT ?
SI OUI, PRECISEZ LA NATURE DE CE CONGE

.....

.....

.....

↵ AVEZ-VOUS DEJA EU UNE OCCUPATION A TITRE THERAPEUTIQUE BENEVOLE OU FAIT UN STAGE EN SITUATION ?
OU ? QUAND ?

.....

.....

↵ ETES-VOUS RECONNU TRAVAILLEUR HANDICAPE PAR LA MDPH ?

OUI NON

DURANT QUELLE PERIODE ?

TAUX

(FOURNIR L'ATTESTATION)

Renseignements complémentaires**Quotité de travail prévue pour 2020– 2021**TEMPS PLEIN TEMPS PARTIEL (précisez la quotité) ①

Quotité ou nombre d'heures d'allègement souhaité pour 2020-2021 :

.....

.....

① Cocher la case concernée

A, LE

Signature