



direction des services
départementaux
de l'éducation nationale
Saône-et-Loire
éducation
nationale



Secrétariat
Général

affaire suivie par
Aurore Simon
Téléphone
03 85.22.55.21
Fax
03 85.38.34.46
Mél.
sg-ia71@ac-dijon.fr

Cité administrative
Boulevard Henri Dunant
BP 72512
71025 Mâcon cedex 9

DOSSIER DE DEMANDE D'ALLEGEMENT DE SERVICE

POUR L'ANNEE SCOLAIRE 2014-2015

Personnels enseignants du premier degré

à retourner dûment complété à la Direction des services départementaux de l'éducation nationale de Saône-et-Loire avant le 16 décembre 2013

- 1^{ère} demande (1)
- renouvellement (1)

SITUATION PERSONNELLE

NOM : **Prénom** :

Date de lieu de naissance :

Adresse personnelle :

N° de téléphone :

E-mail (facultatif) :

Situation de famille : Célibataire – pacsé (e) - marié(e) – veuf(ve) – divorcé(e) – séparé(e) ⁽¹⁾

Age et profession du conjoint :

Prénoms et âge des enfants :

-
-
-

Lesquels sont à charge :

Autres charges de famille et renseignements complémentaires sur la situation familiale :

Vous êtes : instituteur – professeur des écolesEchelon :

Votre dernier établissement d'exercice :

Date de cessation de service dans ce poste :

Date de titularisation :

Ancienneté générale de service au 1^{er} janvier 2014 :

Date de départ à la retraite envisagée :

Titres et diplômes :

Titulaire du : CAEI – CAEA – CAPSAIS – CAPA-SH – CAFIPEMF

Si vous êtes entré(e) tardivement dans l'Education, ou si vous avez interrompu votre carrière plusieurs années, indiquez la(les) période(s) :

.....
.....

Avez-vous exercé une autre activité professionnelle ?

Laquelle ?

Durant quelle période ?

CONGES OBTENUS ⁽¹⁾

- | | |
|---|----------------------|
| - Congés de longue durée : | Durée totale : |
| Dates : | |
| - Disponibilité d'office après C.L.M. ou C.L.D.: | Durée totale : |
| Dates : | |
| - Congé de longue maladie : | Durée totale : |
| Dates : | |
| - Disponibilités d'office après congé de longue maladie : | Durée totale : |
| Dates : | |
| - Congés de maladie ordinaire : | Durée totale : |
| Dates : | |
| - Disponibilité d'office après congé de maladie: | Durée totale : |
| Dates : | |
| - Congés pour accident du travail : | Durée totale : |
| Dates : | |
| - Congés pour convenances personnelles: | Durée totale : |
| Dates : | |

(1) S'il n'y a pas interruption dans les congés, ne mentionner que la date du début et de la fin du congé

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

- Avez-vous déjà été affecté(e) sur un « poste de réadaptation »

Nature du poste :

Lieu :

Durée :

Vos fonctions :

Précisez les dates :

MOTIFS NON MEDICAUX INVOQUES POUR L'ALLEGEMENT DE SERVICE :

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

QUOTITE DE TRAVAIL PREVUE EN 2014 / 2015

Temps partiel (précisez la quotité)

A _____ Le _____
Signature

A _____ Le _____
M l'EN de
Signature

NB – Tous les personnels, candidats à un allègement de service, sont invités à prendre l'attache de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées qui siège au sein de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), afin de demander la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) et de faire fixer leur taux d'incapacité. Cette reconnaissance pourra leur être utile à plusieurs titres, notamment dans le cadre de leur départ en retraite.