**\* DEMANDE D’ALLEGEMENT**

**DE SERVICE**

**POUR L’ANNEE SCOLAIRE 2025-2026**

1. **Personnels enseignants du premier degré**

*A retourner dûment complété à la Direction des services départementaux de l’éducation nationale de Saône-et-Loire* ***pour le 16 décembre 2024, délai de rigueur.***

|  |
| --- |
| **DP**  **Division des Personnels**  Affaire suivie par :  Carine SAHIN-RAMOND  Claire MERLE  Tél : 03 85 22 55 62  03.85.22.55.81  Cité administrative  Boulevard Henri Dunant  BP 72512  71025 Mâcon cedex 9 |

**□ 1ère demande (1)**

**□ Renouvellement (1) (Nombre d’année(s) dont vous avez déjà bénéficié (……)**

**1 – SITUATION PERSONNELLE**

**Nom :………………………….……………………………………………. Prénom : ………………………………………………………………………………**

**Date et lieu de naissance : ……………………………………………………………….………………………………………………………………………**

Adresse personnelle : ……………………………………………..………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………..

Téléphone : ……………………………………………………… Courriel : ……………………………………………………………………..…………….

Situation de famille : Célibataire – Pacsé(e) - Marié(e) - Veuf(ve) – Divorcé(e) - Séparé(e)

Age et profession du conjoint : **………………………………………………………………………………………….........................................**

Age des enfants à charge **: …………………………………………………………………………………………………………………………………….....**

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

**2 – SITUATION PROFESSIONNELLE**

Grade : **…………………………………………..……………** Echelon : **……………………………………….……………………………………………………**

Dernière affectation **: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

Date de cessation de service : **……………………………………………………………………………………………………………………………………**

Ancienneté générale de service au 01/09/2024 : **……………………………………………………………………………………………………..**

Date de départ en retraite envisagée : **……………………………………………………………………………………………………………………**

Titres et diplômes obtenus : **……………………………………………………………………………………………………………………………………..**

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

**…………………………………………………………………………………………………………………………………....................................................**

Avez-vous exercé une autre activité professionnelle ? OUI □ NON □

Si oui, laquelle**: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

Durant quelle période : **…………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**3 – CONGES OBTENUS** (1)

* **Congés de longue durée** (CLD) : Durée totale :

Dates **………………………………………………………….. ………………………….**

* **Congés de longue maladie** (CLM) : Durée totale :

Dates **………………………………………………………….. ………………………….**

* **Disponibilité d’office** : Durée totale :

Dates **………………………………………………………….. ………………………….**

* **Congés de maladie ordinaire** (CMO) : Durée totale :

Dates **………………………………………………………….. ………………………….**

Dates **………………………………………………………….. ………………………….**

Dates **………………………………………………………….. ………………………….**

Dates **………………………………………………………….. ………………………….**

Dates **………………………………………………………….. ………………………….**

Dates **………………………………………………………….. ………………………….**

Dates **………………………………………………………….. ………………………….**

* **Congés pour accident de service** : Durée totale :

Dates **………………………………………………………….. ………………………….**

* **Congés pour convenance personnelle** : Durée totale :

Dates **………………………………………………………….. ………………………….**

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

**4 – RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES**

* Etes-vous reconnu(e) travailleur handicapé par la MDA/MDPH : OUI □ NON □

Si oui, durant quelle période ? ………………………………………………………………………………………………………………………

* Avez-vous déjà été affecté(e) sur un « poste de réadaptation :
* Nature du poste : ……………………………………………………………………………………………………………………………………
* Lieu : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
* Durée : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
* Fonctions exercées : ……………………………………………………………………………………………………………………………..
* Précisez les dates : …………………………………………………………………………………………………………………………………

**MOTIFS NON MEDICAUX INVOQUES POUR L’ALLEGEMENT DE SERVICE**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**QUOTITE DE TRAVAIL PREVUE EN 2025-2026** (indépendamment de la demande d’allègement de service)

□ Temps partiel (précisez la quotité) :

A …………………………………………………………….Le …………………………………………………. ;

Signature de l’intéressé(e)

A ………………………………………………………. Le ………………………………………………………….

Signature de l’IEN

NB : tous les personnels candidats à un poste adapté, sont invités à prendre l’attache de la Commission des droits et de l’autonomie des personnes handicapées qui siège au sein de la MDA/MDPH (maison départementale de l’autonomie/maison départementale des personnes handicapées) 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.