

ANNEE SCOLAIRE 2026 – 2027
Demande d'allègement de service pour raison de santé

NOM D'USAGE : Prénom : Né(e) :/...../.....

Adresse mail de contact : Tél :

Affectation 2025 - 2026 : ALLIER (renseignements ci-dessous à compléter) AUTRE DEPARTEMENT

Position en 2025 - 2026 : activité en disponibilité autre : Préciser.....

Modalité d'affectation : titre définitif titre provisoire

Fonction : directeur classe(s) adjoint brigade TRS autre :

RNE ECOLE : 003..... EEPU EMPU EPPU Autre : REP REP+

Nom école / établissement : Commune : Circonscription :

Rythme 4 jours ou 4,5 jours : indiquer la « petite » journée :

Sollicite une demande d'allègement de service pour raison de santé :

je n'ai jamais bénéficié d'un allègement de service

j'ai déjà bénéficié d'un allègement de service : indiquez l'année ou les années scolaires

...../..... /..... /..... /..... /..... /.....

Dans la mesure du possible, je souhaite bénéficier du :

lundi

mardi

mercredi

jeudi

vendredi

Je fais, parallèlement, une demande temps partiel pour l'année 2026-2027 : oui non

SI OUI, veuillez cocher les cases ci-dessous selon votre choix :

si l'allègement de service est accordé, je souhaite le cumuler à ma demande de temps partiel,

si l'allègement de service est accordé, ma demande de temps partiel devient caduque.

si l'allègement de service n'est pas accordé, je maintiens ma demande de temps partiel,

Je participe au mouvement intra départemental 2026 : oui non

Fait à, le/...../..... Signature

CADRE RÉSERVÉ A L'ADMINISTRATION

Décision : accord avec la quotité suivante :
 refus

A Moulins, le/...../.....