

Date limite de dépôt : 05/04/2024

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'ALLEGEMENT DE SERVICE  
Année scolaire 2024-2025**

Personnels d'éducation, psychologues et enseignants

**Personnel du :**  Premier Degré  Second Degré

**Nature de la demande :**  Première Demande  Renouvellement

**Avez-vous déjà bénéficié d'un allègement de service antérieurement ?**  OUI  NON

Si oui, en quelle(s) année(s) : .....

**Avez-vous déjà déposé une demande d'allègement de service antérieurement ?**  OUI  NON

Si oui, en quelle(s) année(s) : .....

**I - SITUATION PERSONNELLE**

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Numen :** ..... **Date de naissance :** [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

**Adresse personnelle :** .....

N° téléphone domicile [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

N° téléphone portable [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Courriel : .....

**Situation familiale :**

Célibat  Mariage  PACS  Concubinage  Divorce  Veuvage

Profession du conjoint : .....

Nombre d'enfants : [ ] [ ]

Age des enfants à charge : .....

**II – SITUATION ADMINISTRATIVE**

Corps/grade <sup>①</sup> : .....  
Echelon : .....

Spécialité ou discipline :  
.....  
.....

Département de rattachement administratif : .....

Ancienneté générale des services au 31.12.23 : .....

Date de titularisation   
① AGREGÉ, CERTIFIÉ, PLP, P.EPS, PE...

Poste occupé en 2023– 2024 ou dernier poste occupé (adresse et téléphone de l'établissement)

.....  
.....

Depuis quelle date occupez-vous ce poste ?

En 2023 – 2024 occupez-vous ce poste à temps partiel ? (Si oui, précisez la quotité) : ..... %

Etes-vous en congé actuellement ?  OUI  NON

Si oui, nature de ce congé :  
.....  
.....

Avez-vous déjà eu une occupation a titre thérapeutique ou fait un stage en situation ?  OUI  NON  
Si oui, Où et Quand ?  
.....  
.....

Etes-vous reconnu travailleur handicapé ?  OUI  NON

**Si OUI, fournir l'attestation de reconnaissance en qualité de travailleur handicapé en cours de validité**

**DEMANDEUR**

A ....., le .....

Signature

**VISA du CHEF D'ETABLISSEMENT ou IEN**

A ....., le .....

Signature

**Retours à :**

1 Exemplaire à la direction des personnels de la DSDEN de rattachement (premier degré) ou à [dpe-pbp2nd@ac-toulouse.fr](mailto:dpe-pbp2nd@ac-toulouse.fr) pour le second degré ;  
1 Exemplaire à Rectorat de Toulouse – SAMIS - ALLEGEMENT DE SERVICE 1er Degré ou 2<sup>nd</sup> degré -A l'attention du médecin conseiller technique du recteur - 75, rue Saint Roch CS 87703 - 31077 TOULOUSE Cedex 4 (impérativement accompagné d'un certificat médical tel que demandé dans la circulaire académique).

**Mis en forme :** Police :(Par défaut) Arial, 8 pt

**Mis en forme :** Police :(Par défaut) Arial, 8 pt, Gras,  
Couleur de police : Automatique