**RECTORAT DE LILLE**

**Département des Personnels Enseignants Année scolaire 2019-2020**

**Bureau des congés**

**20, rue Saint-Jacques 59000 LILLE Cedex**

**Affaire suivie par :**

**Stéphanie LANDMANN**

**Tél : 03 20 15 65 97**

**Courriel :** **dpe-b1@ac-lille.fr**

**ANNEXE 1 :DOSSIER DE DEMANDE D'ALLEGEMENT DE SERVICE**

-Imprimé à retourner sous le présent timbre sous couvert du chef d’établissement:

**Date limite de dépôt 25 février 2019 délai de rigueur**

**Situation personnelle**

NOM d’usage : ................................................................................................................................

NOM de naissance :……………………………………………………………………………………….

PRENOM :…………………………………………………………………………………………………...

Date de naissance : ......................................................................................................................

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

Code Postal : …............................Ville :...........................................................................................

Tél : …..................................................

Courriel :…………………………………..

Situation de Famille :

❑ Célibataire ❑ Marié(e) ❑ Pacsé(e) ❑ Veuf(ve) ❑ Divorcé(e) ❑ Séparé(e) ❑ Concubinage

**Situation professionnelle en 2018/2019**

Établissement d'affectation : ….........................................................................................

Ville: …...............................................................................................................................

Discipline………………………………………………………………………………………

Grade et fonction :……………………………………………………………………………………………..

Avez-vous déjà bénéficié d’un allègement ? ❑ oui ❑ non

 Année :…………………………………………

 Quotité :…………………………………………

La quotité horaire d’allègement attribué relève d’une préconisation de la Médecine de prévention

Êtes-vous déjà suivi par un médecin de la médecine de prévention ? Lequel ?

Quotité d’allègement souhaité par le demandeur pour 2019-2020 : 1/3 ou 1/6 (rayer la mention inutile)

Je reconnais avoir pris connaissance des modalités d’attribution des allègements de service.

**Fait à :**

**Le :**

**Signature de l’intéressé (e) :**

**AVIS du chef d’établissement :**

**Fait à :**

**Le**

**Signature**

**Pièces à joindre obligatoirement à la demande**

**- Le présent formulaire de demande renseigné.**

**- Un certificat médical explicite, récent et détaillé, à l’attention du médecin de prévention, sous pli confidentiel et cacheté**

**- Pour les enseignants bénéficiaires de l’obligation d’emploi et titulaires d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, une copie recto-verso de la notification de décision délivrée par la MDPH**