

DP
Division des Personnels 1^{er} degré
Affaire suivie par :
Carine SAHIN-RAMOND
Sandrine CLEAUX
Tél : 03 85 22 55 62
03.85.22.55.81
Cité administrative
Boulevard Henri Dunant
BP 72512
71025 Mâcon cedex 9

**DEMANDE D'ALLÈGEMENT
DE SERVICE**

POUR L'ANNÉE SCOLAIRE 2026-2027

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 15 décembre 2025, délai de rigueur.*

☐ 1^{ère} 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 dans le dernier poste occupé:

Ancienneté générale de service au 01/09/2025 :

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 <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| - Congés de longue maladie (CLM) : | Durée totale : |
| Dates <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| - Disponibilité d'office : | Durée totale : |
| Dates <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| - Congés de maladie ordinaire (CMO) : | Durée totale : |
| Dates <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Dates <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Dates <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Dates <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Dates <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Dates <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Dates <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| - Congés pour accident de service : | Durée totale : |
| Dates <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| - Congés pour convenance personnelle : | Durée totale : |
| Dates <input type="text"/> | <input type="text"/> |

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

4 – RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

- 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 MÉDICAUX INVOQUES POUR L'ALLÈGEMENT DE SERVICE

QUOTITE DE TRAVAIL PREVUE EN 2026-2027 (indépendamment de la demande d'allègement de service)

☐ Temps partiel (précisez la quotité) :

☐ Temps complet

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.