

**DEMANDE D'ALLÈGEMENT DE SERVICE POUR RAISONS DE SANTÉ  
des personnels enseignants du premier degré public**

**Année scolaire 2019/2020**

*Imprimé à retourner à la DDRH, DSDEN 63, avant le 11 mars 2019*

1<sup>ère</sup> demande

renouvellement

Prénom, NOM : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

..... Téléphone : .....

Etablissement d'exercice : .....

.....

Titulaire d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) :

oui

non

en cours

Je sollicite auprès de Monsieur l'Inspecteur d'Académie, Directeur académique des services de l'éducation nationale du Puy-de-Dôme, une demande d'allègement de service pour raisons de santé.

Date :

Signature :

Réservé à l'administration

Avis du médecin de prévention :