

**DEMANDE D'ALLEGEMENT D'HORAIRE (Enseignants 1<sup>er</sup> degré)**

**Année scolaire 2012/2013**

**À retourner à la Division des Personnels Enseignants - Inspection Académique du VAR**

**Au plus tard le 15 mai 2012**

<b>NOM :</b>	Nom de jeune fille :
<b>PRENOM :</b>	<b>CORPS :</b>
Date de naissance :	

**1) RENSEIGNEMENTS**

**SITUATION ACTUELLE :**       en poste       en poste adapté  
    en CMO       en CLM       en CLD

**ETABLISSEMENT D'EXERCICE :** .....

Situation de famille :

Nombre et âge des enfants à charge :

Autres charges de famille :

Professeur du conjoint :

Adresse personnelle :

N° de Téléphone :

**RQTH** Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé :

Oui                                      depuis le :                                      date d'échéance : :

Non                                       Demande en cours auprès de la MDPH  
(à transmettre au département des personnels dès obtention)

**PARTIE A REMPLIR PAR L'ADMINISTRATION**

**A.G.S**

- \* Congés de maladie ordinaire CMO
- \* C.L.M
- \* C.L.D
- \* Réintégration en mi-temps thérapeutique
- \* Disponibilité d'office après C.L.M ou C.L.D
- \* Congé pour accident de travail
- \* Congé de formation professionnelle
- \* Occupation thérapeutique
- \* Affectation en poste adapté

**DEMANDE D'ALLEGEMENT D'HORAIRE (Enseignants 1<sup>er</sup> degré)**  
**Année scolaire 2012/2013**  
À retourner à la Division des Personnels Enseignants - Inspection Académique du VAR  
Au plus tard le 15 mai 2012

Allègement obtenu pour l'année en cours :

(1) OUI  NON

Les textes prévoient que cet allègement porte au maximum sur le tiers des obligations réglementaires de service (pour le VAR, selon la situation de l'enseignant, 1/4 d'allègement de service et dispense de l'aide individuelle personnalisée).

Nombre de demandes antérieures non satisfaites : .....(préciser les années)

.....

(1) cocher la ou les case(s) correspondante(s)

**Constitution du dossier :**

- L'annexe 1 complétée et visée par le supérieur hiérarchique
- Les certificats médicaux récents explicites et détaillés mis sous pli confidentiel à l'attention du Médecin de Prévention lui permettant d'émettre un avis médical sur la demande
- Une copie obligatoire de la Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH)

Adresse de renvoi du dossier : Inspection Académique du VAR - Division des Personnels Enseignants, à l'attention de Madame DELZENNE, Rue Montebello 83070 TOULON CEDEX

Date et signature du demandeur

<b>AVIS DU SUPERIEUR HIERARCHIQUE</b>	<b>Commentaire sur la demande et propositions éventuelles :</b>
<input type="checkbox"/> Favorable	.....
<input type="checkbox"/> Défavorable	.....
	.....
	.....
	.....
	.....
	.....
	Date et signature du supérieur hiérarchique

Je vous rappelle que le correspondant académique handicap est chargé de participer à la résolution des difficultés éventuelles relatives à l'aménagement des postes de travail, de mettre en relation les différents acteurs susceptibles d'intervenir dans la politique d'intégration et d'aider l'agent à constituer un dossier. A ce titre, vous pouvez solliciter une aide en le contactant sur l'adresse : [correspondant-handicap@ac-nice.fr](mailto:correspondant-handicap@ac-nice.fr)