

**ANNEE SCOLAIRE 2025 – 2026**  
**Demande d'allègement de service pour raison de santé**

NOM D'USAGE : ..... Prénom : ..... Né(e) : ...../...../.....

Adresse mail de contact : ..... Tél : .....

**Affectation 2024 - 2025 :**  ALLIER (renseignements ci-dessous à compléter)  AUTRE DEPARTEMENT

**Position en 2024 - 2025 :**  activité  en disponibilité  autre : Préciser.....

**Modalité d'affectation :**  titre définitif  titre provisoire

**Fonction :**  directeur ..... classe(s)  adjoint  brigade ou BFC  TRS  autre : .....

RNE ECOLE : 003.....  EEPU  EMPU  EPPU  Autre : .....  REP  REP+

Nom école / établissement : ..... Commune : ..... Circonscription : .....

Rythme  4 jours ou  4,5 jours : indiquer la « petite » journée : .....

Sollicite une demande d'allègement de service pour raison de santé :

première demande  renouvellement : indiquez l'année ou les années scolaires  
...../..... ...../..... ...../..... ...../.....

Dans la mesure du possible, je souhaite bénéficier du :

lundi  mardi  mercredi  jeudi  vendredi

Je fais, parallèlement, une demande temps partiel pour l'année 2025-2026 :  oui  non

**SI OUI**, veuillez cocher les cases ci-dessous selon votre choix :

- si l'allègement de service est accordé, je souhaite le cumuler à ma demande de temps partiel,  
 si l'allègement de service est accordé, ma demande de temps partiel devient caduque.  
 si l'allègement de service n'est pas accordé, je maintiens ma demande de temps partiel,

Je participe au mouvement intra départemental 2025 :  oui  non

Fait à ....., le ...../...../..... Signature

**CADRE RÉSERVÉ A L'ADMINISTRATION**

Décision :  accord avec la quotité suivante :  
 refus

A Moulins, le ...../...../.....