

Annexe 1 : DEMANDE pour raisons de santé

d'Aménagement de service et/ou d'Allégement de service

FICHE SIGNALTIQUE

IDENTIFICATION PROFESSIONNELLE

NOM, Prénom :

Date de naissance : /__/_ /__/_ /__/_ /__/_

Echelle de Rémunération :

Discipline :

Etablissement d'affectation en 2025-2026 :

Ville :

Adresse personnelle :

Téléphone : /__/_ /__/_ /__/_ /__/_ /__/_ /__/_

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

Oui (joindre la copie) Non Demande en cours : date du dépôt :

➤ Avez-vous sollicité un aménagement de poste (préalable à la demande d'allègement) ?

Oui Non

Si oui, lequel ?

➤ Avez-vous bénéficié d'un allègement de service pour raison médicale en 2025-2026 ?

Oui Non

Si oui, nombre d'heures accordées :

➤ Exercez-vous à temps partiel ?

Oui Non

Si oui, quotité :

➤ Exercez-vous à temps partiel thérapeutique ?

Oui Non

Si oui, quotité :

Date et signature du demandeur :

Date et signature du chef d'établissement

Avis du chef d'établissement

Avis du médecin de prévention

Décision de la Rectrice

Formulaire à transmettre avec les pièces complémentaires du dossier, **avant le 12 février 2026**, à l'adresse suivante : Rectorat de Nantes – Division de l'Enseignement Privé – 8, rue du général Margueritte – BP 72616 – 44326 Nantes cedex 03