**DEMANDE POUR UN AMENAGEMENT DES CONDITIONS DE TRAVAIL**

**ET/OU UN ALLEGEMENT DE SERVICE**

**Formulaire à destination des enseignants du 1er degré**

**** **Première demande** **Renouvellement**

**Public Privé sous contrat**

|  |  |
| --- | --- |
| **Vous êtes :**  **Enseignant(e) dans le premier degré**    **Affecté(e) en tant que remplaçant** | **Nom d’usage :**  **Prénom :**  **Date de naissance :** |
| **Adresse postale complète personnelle (rue, CP, ville) :** | **Téléphone :**  **E-mail académique :** |
| **Fonctions occupées :** | **Coordonnées complète de votre circonscription de rattachement :**  **Adresse e-mail de la circonscription :** |
| **Coordonnées complètes de votre école actuelle :** |
| **Avez-vous une reconnaissance de handicap ?** :  RQTH □ Invalidité □ Autre □ (précisez)……………………………………………………………….  Dates de validité de cette reconnaissance : du ………………………………. au …………………………………  □ Dépôt en cours - Date de l’accusé réception de la demande par la MDPH: ……………………  □ non je n’en suis pas titulaire – Je ne l’ai pas demandée | |

Nom et prénom du demandeur : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Demande d’aménagement de poste pour l’année scolaire : 202……/202….**

**Je sollicite auprès de la Direction des ressources humaines du rectorat de Paris une demande d’aménagement de mes conditions de travail par :**

**Une salle fixe**

**Un accompagnant vie professionnelle (AVP)** : Veuillez indiquer les tâches nécessitant

l’intervention de cet accompagnant pour compenser votre handicap :

**Une aide matérielle** : veuillez préciser le matériel visant à compenser le handicap dans votre activité professionnelle dont vous auriez besoin :

**Demande d’allègement de service**

Je sollicite auprès de la Direction des ressources humaines du rectorat de Paris une demande d’allègement de service – J’ai pris connaissance des conditions d’attribution.

**Nombre de demi-journée d’allègement demandée par semaine : ……………………………………………………**

**Préciser le(s) jours demandés en rapport avec votre parcours de soins : ………………………………………….**

Avez-vous bénéficié d’un allègement pour l’année scolaire précédente ? si oui, précisez ce qui a été accordé : ………………………………………………………………………………………………………………….

**Avez-vous effectué une demande pour autre dispositif pour l’année de référence :**

Temps partiel de droit Temps partiel thérapeutique

Temps partiel sur autorisation Congé longue maladie fractionné

A-t-il été accordé ? oui non ma demande est en cours de traitement

**Avis du supérieur hiérarchique – Information complémentaire à mettre à la connaissance de la Direction des ressources humaines :**

Fait à : Le :

Signature du demandeur : Nom et signature du supérieur hiérarchique :

Cachet de l’IEN de circonscription (obligatoire) :