



Demande d'allègement de service – Rentrée 2026

Annexe médicale à transmettre au service médical uniquement, par voie électronique à :

- affectation dans les Yvelines : ce.ia78.medecindespersonnels@ac-versailles.fr
- affectation en Essonne : ce.ia91.medecindespersonnels@ac-versailles.fr
- affectation dans les Hauts de Seine : ce.ia92.medecindespersonnels@ac-versailles.fr
- affectation dans le Val d'Oise : ce.ia95.medecindespersonnels@ac-versailles.fr

Partie 1 à remplir par l'agent demandeur

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Adresse personnelle :

.....

Téléphone : Courriel :

Affectation actuelle :

.....

Bénéficiaire d'une RQTH/ BOE (dates de validité) :

Année en cours

Quotité effectuée et dispositif (temps plein, temps partiel (de droit ou de convenance), temps partiel thérapeutique, allègement de service :

.....

Dates :

Situation particulière (Congé maladie ordinaire, CLM, CLD, Disponibilité d'office pour raisons de santé) :

.....

.....

Dates :

Périodes de réduction du temps de travail au cours des 5 dernières années :

- Temps partiel thérapeutique (dates et quotité) :
.....
.....
.....
- Périodes de temps partiel de droit ou de convenance (dates et quotité) :
.....
.....
.....
- Périodes d'allègements de service (dates et quotité) :
.....
.....
.....
- Déclaration de création d'entreprise ou de cumul d'activités :
.....
.....
.....

Si oui, nature de l'activité :
.....

- Avez-vous rencontré un médecin de prévention au cours des 5 dernières années :
.....

Si oui, dates :

- Un aménagement de poste a-t-il été mis en place ?
.....

Si oui, lequel ?.....

Signature du demandeur :

Partie 2 : à remplir par le médecin

Nom et prénom du patient :
.....

Date de naissance :/...../.....

Identité du médecin (Tampon et signature) :

Statut du médecin : Médecin traitant ☐ Spécialiste ☐

Si RQTH, pathologies en lien avec cette reconnaissance :

.....
.....
.....

Pathologie(s) entraînant les difficultés actuelles à assurer un temps plein :

.....
.....
.....
.....

Nature des difficultés :

.....
.....
.....
.....

Soins et traitements : traitement, modifications thérapeutiques récentes, suivi médical particulier (fréquence des consultations, soins paramédicaux et nature) :

.....
.....
.....
.....