

Beauvais, le 13 janvier 2014

Le Directeur Académique des Services de
l'Éducation Nationale

à

Mesdames et Messieurs les directeurs d'école
Mesdames et Messieurs les enseignants

S/C de Mesdames et Messieurs les Inspecteurs
de l'éducation nationale

Division de la Gestion des
Personnels

Département de l'Oise

Dossier suivi par : Corentin
DUBRULLE

Réf. : 2014-2015

Tél. 03.44.06.45.50

Fax : 03.44.48.67.25

Mél : corentin.dubrulle@ac-
amiens.fr

22, avenue Victor Hugo
60025 BEAUVAIS CEDEX

Objet : Allègement de service pour raisons de santé pour les personnels enseignants du 1^{er} degré public – Année scolaire 2014-2015.

Refer :

- Décret n°2007-632 du 27 avril 2007 relatif à l'adaptation du poste de travail de certains personnels enseignants, d'éducation et d'orientation.
- Circulaire ministérielle n°2007-106 du 09 mai 2007 (BOEN n°20 du 17 mai 2007) relative au dispositif d'accompagnement des personnels enseignants, d'éducation et d'orientation confrontés à des difficultés de santé

Dans le cadre juridique ci-dessus référencé, la présente circulaire a pour objet de vous présenter les modalités de mise en œuvre du dispositif d'allègement de service pour raisons de santé, au titre de l'année scolaire 2014/2015.

I. BÉNÉFICIAIRES DU DISPOSITIF

L'allègement de service constitue une modalité d'adaptation du poste de travail, ouverte aux personnels enseignants. Ce **dispositif exceptionnel et temporaire** tend à permettre de concilier l'état de santé du demandeur (qui continue à percevoir l'intégralité de son traitement) avec les exigences de la continuité du service, par un aménagement du rythme et de des conditions de travail.

II. QUOTITE DE L'ALLEGEMENT

Conformément aux dispositions du décret cité en référence, l'allègement de service ne peut être envisagé que dans la limite maximale du tiers des obligations réglementaires de service de l'agent.

Il ne sera accordé qu'en journée entière.

Un agent exerçant à temps partiel pourra en bénéficier mais celui-ci ne saurait se cumuler avec le temps partiel thérapeutique.

Il est attribué pour une durée maximale de **d'une année scolaire, reconductible une seule fois après réexamen de la situation**, à l'exception de situations individuelles particulières.


Si un enseignant souhaite toujours bénéficier d'un aménagement hebdomadaire, il pourra, à l'issue de ces deux ans, lui être accordé, sur demande et avis du médecin de prévention, un temps partiel à 80% sur autorisation pour raisons médicales.

III. DECISION D'ALLEGEMENT

Les décisions d'attribution d'allègement de service seront prises après avis du médecin de prévention et consultation de la commission administrative paritaire départementale puis seront notifiées par voie hiérarchique.

IV. ACHEMINEMENT ET CALENDRIER

Les personnels devront adresser leur demande accompagnée d'un certificat médical à la Direction des services départementaux de l'Education nationale de l'Oise – Division de la Gestion des Personnels (DGP) au 22 avenue Victor Hugo, 60025 Beauvais Cedex pour le **jeudi 13 mars 2014, délai de rigueur.**



Emmanuel ROY

**DEMANDE D'ALLÈGEMENT DE SERVICE POUR RAISONS DE SANTÉ
des personnels enseignants titulaires et assimilés
du premier degré
Année scolaire 2014-2015**

DSDEN 60

Imprimé à retourner à :
Direction des services départementaux de l'éducation nationale de l'Oise-
DGP
-(22 avenue Victor HUGO 60025 BEAUVAIS Cedex)-
avant le 13 mars 2014*

1^{ère} demande

Renouvellement

Je soussigné(e),

Prénom, NOM :

Né(e) le : / / 19

Corps : Discipline :

Etablissement d'exercice :

Ville :

À titre définitif

Titulaire sur zone de remplacement

À temps plein

À temps partiel – quotité : %

En cas de renouvellement, nombre d'heures d'allègement de service accordé pour **2013-2014** :

1 2 3 4 5 6 7 8

Êtes-vous reconnu(e) travailleur handicapé ? oui non

(Si oui, joindre une copie de l'attestation transmise par la MDPH)

Demande en cours ? oui non

Quotité de travail prévue pour **2014-2015** :

Temps plein Temps partiel – Quotité demandée : %

Nombre d'heures d'allègement de service souhaité pour **2014-2015** :

1 2 3 4 5 6 7 8

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur le présent formulaire.

À, le / / 20

Signature

<p align="center">Avis du chef d'établissement/de service</p>	<p align="center">Avis du médecin de prévention <i>(après réception de la demande)</i></p>
---	--