

## ANNEXE 2 : DEMANDE D'ALLEGEMENT DE SERVICE

Année scolaire 2018/2019

**RECTORAT DE L'ACADEMIE DE CAEN**  
**SERVICE MEDICAL DES PERSONNELS**  
168 rue Caponière BP 6184  
14061 CAEN CEDEX

---

### IDENTIFICATION PROFESSIONNELLE

NUMEN :

NOM, prénom :

Date de naissance :

Grade :

Discipline ou section :

Affectation année scolaire en cours :

Date d'entrée à l'éducation nationale :

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

oui

non

demande en cours

---

### SITUATION PERSONNELLE

Profession du conjoint ou du concubin :

Nombre d'enfants :

Age des enfants à charge :

Adresse personnelle :

Téléphone :

Quotité d'allègement de service souhaitée (dans la limite des 30%) :

A compter du :

Fait à .....

Fait à .....

Le .....

Le .....

Nom et signature de l'intéressé(e)

Nom et signature du supérieur hiérarchique