

Annexe 2

DEMANDE D'ALLEGEMENT DE SERVICE

Année scolaire 2026-2027

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse personnelle :

Code postal : Ville :

Tél. fixe : Tél portable :

Adresse courriel professionnelle :@ac-reims.fr

Corps : Discipline ou fonction :

Etablissement d'affectation :

Avez-vous obtenu la reconnaissance de travailleur handicapé (RQTH) ou êtes-vous bénéficiaire de l'obligation d'emploi (BOE) ?

Oui (joindre une copie du justificatif à votre dossier)

Non

Fiche à retourner accompagnée d'un courrier exposant le contexte médical et professionnel, et d'éléments médicaux récents avant le **25 février 2026 délai de rigueur**
par mail à l'adresse ce.das@ac-reims.fr ou par courrier à :

Rectorat de Reims
Délégation Académique à la Santé
Médecin du travail
1, rue Navier
51082 REIMS CEDEX

Date :

Signature de l'agent

Date :

Signature du supérieur hiérarchique