

DEMANDE D'ALLEGEMENT DE SERVICE

Annexe 2

Année scolaire 2024-2025

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) ?	
<input type="checkbox"/> Oui (joindre une copie du justificatif à votre dossier)	<input type="checkbox"/> Non

Fiche à retourner accompagnée d'un courrier exposant le contexte médical et professionnel, et d'éléments médicaux récents avant le 21 février 2024 dernier délai par courriel 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 :

Date :

Signature de l'agent

Signature du supérieur hiérarchique