

# ANNEXE V



MINISTÈRE DE  
L'ÉDUCATION NATIONALE

MINISTÈRE DE  
L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR  
ET DE LA RECHERCHE



Rectorat

SEMA

Service médical académique

Affaire suivie par

Dr LABAYE-PREVOT

Téléphone

01 57 02 68.30

Fax

01 57 02 68.34

Mél

Ce.sema@ac-creteil.fr

4 rue Georges Enesco

94010 Créteil cedex

Créteil, le 12 novembre 2013

## DOSSIER DE DEMANDE DE PRIORITE MEDICALE

### MOUVEMENT INTERACADEMIQUE RENTREE SCOLAIRE 2014

**DATE LIMITE D'ENVOI DU DOSSIER : AU PLUS TARD LE 6 décembre 2013 minuit**

**CONSULTER le BO spécial n°41 du 7 novembre 2013**

### PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT

- Une lettre de demande de priorité de mutation au titre du handicap justifiant votre vœu géographique.
- Notification de la CDAPH reconnaissant le statut de travailleur handicapé ou d'invalidité ou la preuve de dépôt du dossier.
- L'autorisation de transmission de la RQTH au service de gestion.
- Un compte rendu médical détaillé récent, rédigé par le médecin généraliste ou par le médecin spécialiste concerné (nature et histoire de la pathologie, traitements suivis et/ou en cours, perspectives évolutives). Il y sera joint photocopie de toutes pièces utiles (ex : compte-rendu d'hospitalisation). Dans le cadre d'un rapprochement de conjoint documenter les éventuels besoins de « tierce personne ».

**À adresser sous pli confidentiel** et libellé à l'attention du Dr Nadine LABAYE-PREVOT, Médecin Conseiller Technique du Recteur.

**NOM**

**Prénom**.....

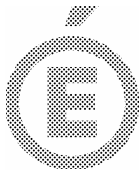
**Grade**

**et**

**Discipline**

.....

**Département d'affectation de l'intéressé (rayer la mention inutile) : 77 / 93 / 94.**



**FICHE DE RENSEIGNEMENTS A REMPLIR PAR L'INTERESSE(E) (EN LETTRES CAPITALES)**

Nom-Prénom : .....

Nom de jeune fille : .....

Né(e) le : .....

Adresse personnelle : .....

Tél. : ..... Email : .....

Notification de la MDPH en date du ././.... délivrée par : .....

Avez-vous déjà obtenu une affectation ou une mutation pour raisons médicales ? .....

Si oui, à quelle date ? : ..... dans quelle académie ? : .....

Grade et Discipline ou spécialité : .....

Affectation 2013-2014 ( Nom et adresse de l'Etb) : .....

- Stagiaire
- Titulaire du poste
- Titulaire remplaçant – Nom et adresse de l'Ets de rattachement : .....

- Sans poste
- Mise à disposition du Recteur
- Affectation à l'Année (A.F.A.) : Nom et adresse de l'Ets + de rattachement :

Les raisons médicales évoquées concernent :

- l'intéressé(e)
- Son ou ses enfants
- son conjoint
- Autres

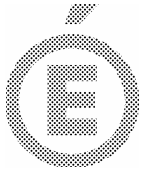
Nombre d'enfants à charge et âge :

Profession du conjoint et lieu d'exercice :

**VEU formulé au MOUVEMENT INTERACADEMIQUE 2014 :**

- |    |    |
|----|----|
| 1  | 2  |
| 3  | 4  |
| 5  | 6  |
| 7  | 8  |
| 9  | 10 |
| 11 | 12 |
| 13 | 14 |
| 15 | 16 |
| 17 | 18 |
| 19 | 20 |
| 21 | 22 |
| 23 | 24 |
| 25 | 26 |
| 27 | 28 |
| 29 | 30 |
| 31 |    |

**DATE et SIGNATURE de l'intéressé(e)**

**PERSONNEL EN SITUATION DE HANDICAP**

Je soussigné(e), MM/M

Né(e) le

Fonctions :

Lieu d'exercice :

autorise le service médical académique ou le service social des personnels (rayer la mention inutile) à transmettre à mon bureau de gestion (rectorat ou direction départementale) la copie de la Reconnaissance de Travailleur Handicapé (R.Q.T.H.) remise ce jour.

J'ai bien compris que ce document est une pièce administrative destinée à justifier de mes besoins particuliers, et que pour ce faire elle doit être enregistrée par l'administration dans mon dossier professionnel.

Je m'engage par ailleurs à réactualiser mon dossier en fournissant régulièrement les nouvelles notifications de mes droits.

Fait à

le