



MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE



ANNEXE 6

Rectorat de CRETEIL

**SERVICE MEDICAL
ACADEMIQUE**

Affaire suivie par :
Dr N. LABAYE - PREVOT
Médecin conseiller technique
ce.sema@ac-creteil.fr
Téléphone : 01 57 02 68 30
Fax : 01 57 02 68 34

**DOSSIER DE DEMANDE DE PRIORITE
MEDICALE POUR MUTATION
PERSONNELS ATSS
RENTREE SCOLAIRE 2016**

Intra académique

JOINDRE OBLIGATOIREMENT :

- Une lettre de demande de priorité de mutation au titre du handicap justifiant votre vœu géographique,
- La copie de la notification de la CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées) de la maison départementale des personnes handicapées vous reconnaissant le statut de travailleur handicapé (RQTH).
- L'autorisation dûment remplie de transmission de la RQTH au service de gestion « Déclaration du handicap à l'administration » formulaire ci-joint en annexe 1 page 4.
- 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 ».

A adresser sous pli confidentiel à l'attention du :

**Docteur Nadine LABAYE-PREVOT,
Médecin conseiller technique du recteur
SERVICE MEDICAL ACADEMIQUE
Références SP/MO
Rectorat de CRETEIL
4, rue Georges Enesco
94010 CRETEIL CEDEX**

**CE DOSSIER DE PRIORITE MEDICALE POUR
MUTATION DOIT NOUS PARVENIR DES L'OUVERTURE
DU SERVEUR
POUR VOTRE GRADE
ET AU PLUS TARD
1 SEMAINE AVANT SA DATE DE CLOTURE**

NOM et Prénom :

Grade :

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

NOM - Prénom :

Nom de jeune fille :

DATE DE NAISSANCE : Age :

ADRESSE PERSONNELLE :

.....

Tél : portable

Mel :

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

.....

Si oui, à quelle date ? dans quelle académie ?

Corps /Grade :

Poste actuel :

Stagiaire

Titulaire du poste (préciser)

Titulaire remplaçant

Sans poste (préciser)

Délégation Rectorale

Etablissement :

.....

Adresse de l'établissement :

.....

Les raisons médicales invoquées concernent :

l'intéressé(e) son ou ses enfants son conjoint

autre (préciser)

Nombre d'enfants : âges :

Nombre d'enfants à charge :

Profession du conjoint :



MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

NOM :

PRENOM :

CORPS / GRADE :

Vœux formulés dans le dossier déposé :

1
2
3
4
5
6



MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE



ANNEXE 1

NOM.....

PRENOM(S) :

NOM DE JEUNE FILLE :

Date de naissance :

Corps / grade :

Adresse :

.....

.....

Affectation :

.....

.....

Pièce jointe : 1 copie de la reconnaissance RQTH.

Déclaration du handicap à l'administration

Je soussigné(e), Madame, Monsieur, (1),
autorise le service médical académique à transmettre à mon bureau de gestion
(rectorat ou direction départementale) la copie de la reconnaissance de travailleur
handicapé (RQTH) 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

Signature

Copie : DAP envoyée le (2)

(1) rayer la mention inutile.

(2) Réservé à l'administration