



RÉGION ACADÉMIQUE
ÎLE-DE-FRANCE

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

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

Prévention ATSS

Affaire suivie par :

Docteur S. PETER

Prévention santé du personnel

ce.medprev@ac-creteil.fr

Téléphone : 01 57 02 68 31

Fax : 01 57 02 68 34

4, rue Georges Enesco

94010 CRETEIL CEDEX

Web : www.ac-creteil.fr



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

ANNEXE 5

**DOSSIER DE DEMANDE DE PRIORITE
MEDICALE POUR MUTATION
PERSONNELS ATSS
RENTREE SCOLAIRE 2017**

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 :



RÉGION ACADÉMIQUE ÎLE-DE-FRANCE

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



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

**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 :



RÉGION ACADÉMIQUE
ÎLE-DE-FRANCE

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



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

NOM :

PRENOM :

CORPS / GRADE :

Vœux formulés dans le dossier déposé :

1	
2	
3	
4	
5	
6	



RÉGION ACADÉMIQUE
ÎLE-DE-FRANCE

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



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

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