



RÉGION ACADÉMIQUE  
ÎLE-DE-FRANCE

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

Rectorat de CRETEIL

SERVICE MEDICAL  
ACADEMIQUE

Affaire suivie par :  
Dr C. SAVETIER LEROY  
Médecin conseiller technique  
[ce.sema@ac-creteil.fr](mailto: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](mailto:ce.medprev@ac-creteil.fr)  
Téléphone : 01 57 02 26 98  
Fax : 01 57 02 68 34

4, rue Georges Enesco  
94010 CRETEIL CEDEX  
Web : [www.ac-creteil.fr](http://www.ac-creteil.fr)



Liberté • Égalité • Fraternité  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

**ANNEXE 2**

**DOSSIER DE DEMANDE DE PRIORITE  
MEDICALE POUR MUTATION  
PERSONNELS ATSS  
RENTREE SCOLAIRE 2018**

Inter 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 Catherine SAVETIER LEROY**  
Médecin conseiller technique du recteur  
SERVICE MEDICAL ACADEMIQUE  
Rectorat de CRETEIL  
4, rue Georges Enesco  
94010 CRETEIL CEDEX

**CE DOSSIER DE PRIORITE MEDICALE POUR MUTATION DOIT NOUS PARVENIR IMPERATIVEMENT :**

**- pour les AAE et SAENES**

du mardi 12 décembre 2017 au lundi 8 janvier 2018  
(dernier délai le cachet de la poste faisant foi)

**- pour les MEN et CTSSAE**

du mardi 23 janvier 2018 au vendredi 26 janvier 2018  
(dernier délai le cachet de la poste faisant foi)

**- pour les ADJENES, INFENES, ASSAE, ATRF et TCHRF**

du jeudi 11 janvier 2018 au jeudi 1<sup>er</sup> février 2018  
(dernier délai le cachet de la poste faisant foi)

**AUCUN DOSSIER NE SERA ACCEPTE APRES CES DATES**

NOM et Prénom : .....

Grade : .....



RÉGION ACADÉMIQUE  
ÎLE-DE-FRANCE

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



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  
MINISTÈRE  
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,  
DE LA RECHERCHE  
ET DE L'INNOVATION



*Liberté • Égalité • Fraternité*  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

NOM : .....

PRENOM : .....

CORPS / GRADE : .....

**Vœux formulés dans le dossier déposé :**

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10



RÉGION ACADÉMIQUE  
ÎLE-DE-FRANCE

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

# ANNEXE 2



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.

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