



RÉGION ACADÉMIQUE  
ÎLE-DE-FRANCE



**Rectorat**

Division de  
l'Accompagnement  
Médical, Social  
et Professionnel

Affaire suivie par  
Stéphanie GOAËR

Téléphone  
01 57 02 62 72

Fax  
01 57 02 69 32

Mél  
[ce.damesop3@ac-creteil.fr](mailto:ce.damesop3@ac-creteil.fr)

**Service médical  
académique**

Affaire suivie par  
Roxane DAUTZENBERG

Téléphone  
01 57 02 68 30

Fax  
01 57 02 68 34

Mél  
[ce.sema@ac-creteil.fr](mailto:ce.sema@ac-creteil.fr)

4 rue Georges Enesco  
94010 Créteil cedex  
Web : [www.ac-creteil.fr](http://www.ac-creteil.fr)

# SECONDE DEGRÉ

## DOSSIER DE CANDIDATURE AFFECTATION SUR POSTE ADAPTÉ RENTREE SCOLAIRE 2019 – 2020

### **SORTIE DU DISPOSITIF D'AFFECTATION SUR POSTE ADAPTÉ**

*Le présent dossier permettra de vous accompagner et de préparer  
votre sortie du dispositif dans les meilleures conditions*

**à adresser en 3 exemplaires au :**

Médecin Conseiller Technique du Recteur,  
Service Médical Académique  
« Affectation sur poste adapté »,

4 rue George Enesco 94010 CRÉTEIL Cedex.

**NOM :**

**PRÉNOM :**

**Corps :**

**Discipline :**

**Département d'exercice :**  77  93  94

**Rappel des pièces à joindre au dossier \*:**

***En 3 exemplaires, joints à ce dossier :***

lettre de présentation du projet professionnel ;

éventuellement reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH, notification de décision) ;

***En 1 exemplaire :***

un courrier circonstancié récent (moins de 2 mois) des médecins traitants décrivant la situation médicale de l'intéressé(e), **sous pli cacheté.**

**\* Le dossier ne pourra être étudié que s'il comporte l'intégralité  
des pièces demandées.**

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS

## Informations personnelles

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Date et lieu de naissance :        /        /        à

Situation de famille :

Profession du conjoint :

Nombre d'enfant(s) :        Age du/des enfant(s) :

Adresse personnelle :

Code postal :

Ville :

Numéro de téléphone :    fixe :    /    /    /    /    portable :    /    /    /    /

Mail :        @

## Informations professionnelles

Département d'exercice :

Établissement d'exercice :

Ancienneté des services au 01/09/2018 :

Echelon :

Date de la 1ère titularisation :        /        /

Avez-vous déjà occupé un poste à temps partiel ?         oui         non

## Informations sur vos congés

### Vos congés durant l'année scolaire 2017-2018

Typologie : <i>CLM ; CLD ; CMO</i>	Début	Fin

### Vos congés durant l'année scolaire 2018-2019

Typologie : <i>CLM ; CLD ; CMO</i>	Début	Fin

### Congés pour Accident de Service

Début	Fin

- Éventuellement, votre taux de votre pension :

- Bénéficiez-vous d'une autre pension ?                       oui     non

Si oui, laquelle :

- Disponibilité d'office pour raisons de santé :

- Disponibilité pour convenances personnelles :

- Etes-vous reconnu(e) BOE (Bénéficiaire de l'Obligation d'Emploi) ?                       oui                                       non

(Dans l'affirmative, joindre la copie du justificatif : notification de décision)

- Avez-vous déjà exercé une autre activité professionnelle ?                       oui     non

Laquelle ?

Pendant combien d'années ?

Date et signature de l'intéressé(e) précédée de la mention « Lu et approuvé »:

## FICHE DE VŒUX D'AFFECTION ANNÉE 2019 -2020

Nom :

Prénom :

**VOUS DEMANDEZ :**

**LA SORTIE DU DISPOSITIF D'AFFECTION SUR POSTE ADAPTÉ**

**Projet professionnel envisagé à la sortie du dispositif : (à compléter par une lettre de présentation)**

Il vous est demandé de décrire votre projet à titre indicatif, celui-ci ne vous engage pas pour l'avenir et pourra être revu au moment de votre sortie du dispositif en fonction de l'évolution de votre projet professionnel ou de votre situation et en lien avec le médecin des personnels et le conseiller en accompagnement professionnel.

**Sortie envisagée :**

- Retour sur vos fonctions d'origine
- Changement de discipline
- Détachement
- Reclassement sur poste de type administratif
- Autre (précisez) :