



## Annexe 2

Circulaire interacadémique 2019 -110



RÉGION ACADÉMIQUE  
ÎLE-DE-FRANCE

MINISTÈRE  
DE L'ÉDUCATION NATIONALE  
ET DE LA JEUNESSE

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

### **DOSSIER DE DEMANDE DE PRIORITÉ MÉDICALE** **MOUVEMENT INTERACADÉMIQUE 2020**

**DATE LIMITE D'ENVOI DU DOSSIER :  
AU PLUS TARD LE 13 décembre 2019 minuit  
CONSULTER le BO n° 10 du 14 novembre 2019**

**Rectorat**

**Division des personnels  
enseignants**

Affaire suivie par  
la cellule mouvement

Téléphone : 01 57 02 60 39  
Téléphone : 01.57.02.60.40  
Mél : mvt2020@ac-creteil.fr

4 rue Georges Enesco  
94010 Créteil cedex

**NOM :** .....

**Prénom :** .....

**Grade :**..... **Discipline :** .....

La procédure concerne :

- les personnels titulaires ou stagiaires (BOE) ;
- leur conjoint bénéficiaire de l'obligation d'emploi ;
- la situation d'un enfant handicapé ou ayant un problème grave de santé.

### **PIECES JUSTIFICATIVES**

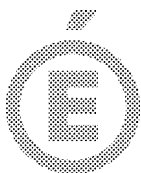
**A envoyer par courrier postal et sous pli confidentiel au service médical du  
rectorat à l'adresse ci-dessous :**

- La fiche de renseignement (annexe 2 de la Circulaire)
- Le document justifiant de la qualité de bénéficiaire de l'obligation d'emploi (BOE).
- Une lettre de demande de priorité de mutation au titre du handicap justifiant votre vœu géographique ;
- 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 ».

**Rectorat de Créteil  
Service Médical – SEMA**

A l'attention du Dr Catherine SAVETIER-LEROY  
Médecin Conseiller Technique du Recteur  
4 rue Georges Enesco  
94010 Créteil Cedex

☞ **Une copie du document justifiant de la qualité de bénéficiaire de l'obligation d'emploi (BOE) doit être jointe à votre demande de mutation.**



## Recueil de votre consentement

2

Conformément aux dispositions du règlement (UE) 2016/679 du parlement européen du 27 avril 2016, relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et à la législation en vigueur, vos informations sont traitées dans le respect de cette réglementation. Aussi, toutes les données sensibles, en l'espèce concernant la santé, doivent faire l'objet du recueil de votre consentement afin de donner à l'administration les moyens légaux de les traiter dans le cadre de votre demande.

Pour votre complète information, l'absence ou le refus de consentement entraînent l'impossibilité de l'instruction et du traitement de votre candidature

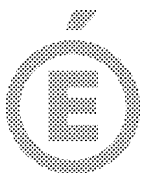
Je, soussigné(e) M. ou Mme ..... donne l'autorisation afin que les données sensibles communiquées dans le présent dossier soient utilisées pour instruire et traiter ma demande:

OUI  NON

Je donne mon consentement:

OUI  NON

Date et signature :



3

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS A REMPLIR PAR L'INTERESSE(E)  
(EN LETTRES CAPITALES) ET À ENVOYER AU SERVICE MÉDICAL  
ACCOMPAGNÉE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES**

Nom-Prénom : .....

Nom de jeune fille : .....

Né(e) le : .....

Adresse personnelle : .....

.....

Tél. : ..... Email : .....

Académie d'origine :

Date d'entrée dans l'académie de Créteil :

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 : .....

Affectation 2019-2020 (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 :

VŒUX formulé au MOUVEMENT INTERACADEMIQUE 2020 sur SIAM I-prof :

- |         |         |
|---------|---------|
| 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)