

Formulaire de Déclaration 2017-2018 Accompagnement des personnes en situation de handicap -

Ce formulaire est destiné à vous aider à préciser vos besoins et à faire valoir vos droits.. Les informations portées dans ce document resteront strictement confidentielles. Vous pouvez y joindre une pièce justificative précisant votre qualité de bénéficiaire de l'obligation d'emploi

Vos coordonnées :

M. (Mme) NOM Prénom : Date de Naissance :Tél :
 Adresse établissement ou service :Code postal : Commune :Courriel :
 Corps : Titulaire Non titulaire

Besoin exprimé

- aménagement du poste de travail
- temps partiel de droit
- priorité pour les mutations
- prise en compte du handicap dans le dossier de retraite (sous certaines conditions)
- bonification des chèques vacances
- autres besoins : (préciser).....

Cochez la case correspondante pour indiquer votre catégorie de bénéficiaire et joignez, **une pièce justificative** (copie d'une carte d'invalidité, par exemple).

Handicap reconnu

- travailleur reconnu handicapé par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
- titulaire de la carte d'invalidité (article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles)
- titulaire de l'allocation aux adultes handicapés

Pension d'invalidité

- titulaire d'une pension d'invalidité attribuée au titre du régime général de sécurité sociale, de tout autre régime de protection sociale obligatoire ou au titre des dispositions régissant les agents publics à condition que l'invalidité des intéressés réduise au moins des deux tiers leur capacité de travail ou de gain
- invalide de guerre titulaire d'une pension militaire d'invalidité au titre du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

Agent reclassé suite à une inaptitude aux fonctions reconnue par le comité médical

- agent reclassé par détachement
- agent bénéficiant d'un changement d'emploi au sein de son corps ou cadre d'emploi

Allocation/rente accident du travail, maladie professionnelle

- victime d'accident du travail ou de maladie professionnelle ayant entraîné une incapacité permanente au moins égale à 10 % et titulaire d'une rente attribuée au titre du régime général de sécurité sociale ou de tout autre régime de protection sociale obligatoire
- titulaire d'une allocation ou d'une rente d'invalidité attribuée dans les conditions définies par la loi n° 91- 1389 du 31 décembre 1991 relative à la protection sociale des sapeurs-pompiers volontaires en cas d'accident survenu ou de maladie contractée en service
- agent bénéficiant d'une allocation temporaire d'invalidité
- Bénéficiaire des emplois réservés au titre du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre** (articles L 394, L 395 et L 396 de ce code)
- Autres** (préciser) :

Merci de bien vouloir retourner ce formulaire, dans les meilleurs délais, à l'attention de Monsieur Mickaël BUFFARD, Correspondant Handicap académique par courriel : correspondant-handicap@ac-lille.fr ou par courrier à l'adresse suivante : Rectorat de l'académie de Lille- Direction des Ressources Humaines- 20 rue Saint-Jacques 59033 Lille Cedex-