

FORMULAIRE RELATIF A UNE DEMANDE DE PRIORITÉ D'AFFECTATION
AU TITRE DU HANDICAP

Nom _____ Prénom : _____

Affectation actuelle (poste, école, commune, modalité d'affectation) :

SOLLICITE L'ATTRIBUTION D'UNE PRIORITÉ D'AFFECTATION AU TITRE DE :
(cocher la case correspondante)

SA PROPRE SITUATION

LA SITUATION DE SON CONJOINT

Nom d'usage suivi, le cas échéant, du nom patronymique - prénom :

Adresse personnelle :

LA SITUATION DE SON OU DE SES ENFANTS

Nom(s) Prénom(s) :

**Ce formulaire dûment complété
doit être adressé à la
DSDEN des Yvelines, service DP3 mouvement
au plus tard le 3 avril 2017, délai de rigueur.
Aucun document médical ne doit être envoyé au service DP3 mouvement.**

**Attention : le dossier de demande de priorité au titre du handicap doit être demandé et
renvoyé au SMIS au plus tard le 20 mars 2017 (cf. page 8 de la circulaire)**

Date : _____

Signature du candidat :