



RÉGION ACADÉMIQUE  
ÎLE-DE-FRANCE

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

RECTORAT  
DRRH  
BPID

**DEMANDE DE PARTICIPATION AU MOUVEMENT  
DES DIRECTEURS ADJOINTS CHARGÉS DE SEGPA – RENTRÉE SCOLAIRE 2017**

**NOM d'usage :**

**NOM de famille :**

**PRÉNOM :**

**DATE DE NAISSANCE :**

**Situation de famille :**

**Nombre d'enfants à charge :**

**Conjoint :**

**Profession :**

**S'il est membre de l'enseignement, préciser son grade et sa discipline :**

**ADRESSE PERSONNELLE :**

**TÉLÉPHONE :**

**TÉLÉPHONE PORTABLE :**

**Adresse électronique :**

**@**

**GRADE ACTUEL :**

**Échelon :**

**Date d'effet :**

**Emplois ou fonctions actuels :**

**A compter du :**

**ÉTABLISSEMENT D'EXERCICE :**

**Titres et diplômes (préciser les dates d'obtention et l'option des diplômes d'enseignement spécialisé) :**

**Note administrative :**

**DÉCOMPTE DES SERVICES**

| QUALITÉ   | ÉTABLISSEMENT<br>D'EXERCICE | DATES |     | DURÉE |
|---|-----------------------------|-------|-----|-------|
|   |                             | Début | Fin |       |
| <b><u>I – SERVICES ACCOMPLIS HORS DE L'ENSEIGNEMENT SPÉCIALISÉ :</u></b>                    |                             |       |     |       |
|   |                             |       |     |       |
| TOTAL I : .....   |                             |       |     |       |
| <b><u>II – SERVICES ACCOMPLIS DANS L'ENSEIGNEMENT SPÉCIALISÉ :</u></b>                      |                             |       |     |       |
|   |                             |       |     |       |
| TOTAL II : .....  |                             |       |     |       |
| <b><u>III – SERVICES ACCOMPLIS EN QUALITÉ DE DIRECTEUR D'ÉTABLISSEMENT SPÉCIALISÉ :</u></b> |                             |       |     |       |
|   |                             |       |     |       |
| TOTAL III : .....   |                             |       |     |       |
| <b><u>TOTAL I + II + III au 01.09.2017 : .....</u></b>                                      |                             |       |     |       |

**VU ET VÉRIFIÉ PAR LE SERVICE GESTIONNAIRE DE LA DIRECTION DES SERVICES DÉPARTEMENTAUX DE L'ÉDUCATION NATIONALE :**

**QUALITÉ - NOM :**

**DATE – SIGNATURE (cachet du service) :**

**VŒUX D’AFFECTATION DANS L’ACADÉMIE D’ORIGINE :**

|    |    |
|----|----|
| 1) | 4) |
| 2) | 5) |
| 3) | 6) |

**VŒUX D’AFFECTATION HORS DE L’ACADÉMIE D’ORIGINE :**

|    |    |
|----|----|
| 1) | 4) |
| 2) | 5) |
| 3) | 6) |

**ATTENTION** Je m’engage à accepter le poste qui me sera attribué dans la limite des vœux formulés ci-dessus.

A

Le

Signature :

**AVIS DU CHEF D’ÉTABLISSEMENT :**

**AVIS DE L’IA-DASEN :**

Date :

Date :

Signature :

Signature :

**AVIS DU RECTEUR DE L’ACADÉMIE D’ORIGINE (pour les candidats hors académie) :**

Date :

Signature :