

NOTICE EXPLICATIVE

PRISE EN CHARGE ADMINISTRATIVE ET FINANCIERE DES PROFESSEURS DES ECOLES STAGIAIRES

ANNEE SCOLAIRE 2017/2018



➤ **ANNEXE 1 : Coupon Réponse. A adresser signé dans tous les cas de figure (renoncement inclus)**

Toute demande de report d'année de stage (nomination au 01/09/2018 avec conservation du bénéfice du concours) ou de congé doit être motivée par écrit et accompagnée impérativement d'un justificatif selon votre situation.			
	Motif :	Pièces justificatives à fournir	
Pour les demandes de report	Congé maternité	Déclaration de grossesse	<input type="checkbox"/>
	Non validation de votre M1	Relevé de note ajourné	<input type="checkbox"/>
Pour les demandes de congé sans traitement	Elever un enfant de moins de 8 ans	Copie de votre livret de famille	<input type="checkbox"/>
	Suivre conjoint	Copie de votre livret de famille Justificatif de l'employeur de votre conjoint	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Autre demande de congé	Pièces justificatives liées à l'objet de la demande	<input type="checkbox"/>

➤ **ANNEXE 2 : Fiche de Renseignements.**

Merci d'indiquer l'année de la session.			
	Nature du concours	Pour le recrutement par voie du deuxième concours	Un état de service de votre administration d'origine <input type="checkbox"/>

	Pour tous les recrutements	Copie de vos diplômes et titres	<input type="checkbox"/>
	Pour les lauréats du concours externe inscrits en M2 à la rentrée 2017	Copie du certificat d'inscription ou attestation de réussite au M1	<input type="checkbox"/>
CADRE 1	Coordonnées	Copie de la pièce d'identité*	<input type="checkbox"/>
CADRE 2	Informations personnelles	Un acte de naissance	<input type="checkbox"/>
		Copie lisible de la carte vitale ou de l'attestation de droit	<input type="checkbox"/>
CADRE 3	Pour les personnes mariées	Copie du livret de famille	<input type="checkbox"/>
	Pour les personnes pacées	Copie du PACS	<input type="checkbox"/>
	Pour les personnes séparées	Copie du jugement de séparation	<input type="checkbox"/>
	Pour les personnes divorcées	Copie du jugement de divorce	<input type="checkbox"/>
	Pour les personnes veuves	Copie du livret de famille	<input type="checkbox"/>
	Si vous avez des enfants	Copie du livret de famille	<input type="checkbox"/>
CADRE 4	Le NOM figurant sur le RIB sera le nom d'usage qui figurera sur la prise en charge. Le prénom doit être mentionné sur le RIB.	2 RIB/RIP au format BIC/IBAN en original	<input type="checkbox"/>

(*) Merci de produire les documents même si vous les avez déjà fournis.

CADRE 5	Vous êtes titulaire d'une des trois fonctions publiques,	Copie de l'arrêté de mise en détachement et du dernier arrêté de promotion	<input type="checkbox"/>
	Vous êtes artisan ou exercez une profession libérale,	Copie d'extrait du KBIS	<input type="checkbox"/>
	Vous êtes salarié exerçant dans le secteur privé	Copie du dernier bulletin de salaire	<input type="checkbox"/>
	Vous êtes étudiant	Un certificat de scolarité	<input type="checkbox"/>
	Vous êtes au chômage	Une attestation de droit Pôle emploi	<input type="checkbox"/>
	Vous êtes retraité	Copie du titre de pension	<input type="checkbox"/>
	Pour toute autre situation	Les justificatifs selon votre situation	<input type="checkbox"/>
CADRE 6	Vous n'avez jamais travaillé au sein de la fonction publique , vous pouvez passer directement à la signature de la fiche de renseignement.		<input type="checkbox"/>
	Vous avez déjà travaillé au sein du ministère de l'éducation nationale , merci de préciser votre NUMEN . Si vous ne le connaissez pas, merci de contacter votre ancien gestionnaire afin qu'il vous le fournisse.		<input type="checkbox"/>
	Vous avez déjà travaillé au sein de la fonction publique dans les 3 ans précédant votre prise de fonction , merci de fournir le dernier bulletin de paie et de préciser les coordonnées du service payeur		<input type="checkbox"/>
	Une Période Interruptive a été prise entre votre ancien emploi à la fonction		<input type="checkbox"/>

publique et votre nomination comme stagiaire au 01/09/2017. Veillez remplir l'attestation.	
---	--

N'oubliez pas de dater et de signer votre fiche de renseignement.

➤ **ANNEXE 3 : Certificat Médical d'aptitude aux fonctions**

- Vous devez effectuer une visite médicale d'aptitude aux fonctions de professeur des écoles **impérativement avant le 31/08/2017 auprès d'un médecin agréé** (listes des médecins agréés disponibles sur les sites des Agences Régionales de Santé : le médecin peut exercer ailleurs que dans le 95).
- Vous devez fournir impérativement **avant votre prise de fonction**, le certificat médical d'aptitude établi par le médecin agréé

➤ **ANNEXE 4 - 1et 2 : Remboursement des Frais Médicaux.**

- A faire remplir par le médecin agréé lors de la visite médicale dans tous les cas Annexe 4-1.
- Si vous avez dû avancer les frais d'honoraires relatifs à cette visite médicale, merci de bien vouloir remplir l'attestation sur l'honneur jointe annexe 4-2. Agrafé un RIB à votre attestation et l'accompagner de la demande de remboursement des frais médicaux signé et tamponné par le médecin annexe 4-1.

➤ **ANNEXE 5 : PES reclassement 2017**

- Accusé de réception à remplir et à remettre le jour de la réunion d'information (voir note d'information relative au reclassement)

➤ **ANNEXE 6 : Fiche de suivi de formation (fichier : annexe 6 espe)**

- A remettre lors de la réunion du 30 juin ou à renvoyer par courriel à ce.ia95.stg@ac-versailles.fr au plus tard le 3 juillet 2017 uniquement en cas d'impossibilité d'assister à la réunion

VOS CONTACTS	
De A à J	De K à Z
M. BARRE Mickaël 01.79.81.22.66	Mme VERHAEGHE Valérie 01.79.81.22.82

COUPON REPONSE

Je soussigné(e) :

NOM D'USAGE : _____

NOM DE FAMILLE : _____

PRENOM : _____

MATRICULE CANDIDAT : _____

CONCOURS : EXTERNE 2nd INTERNE 3^{ème} VOIE

- J'accepte une nomination en qualité de professeur des écoles stagiaire, session 2017, au titre de l'Académie de Versailles
- Je prendrai mes fonctions au 01/09/2017 suite au report ou au congé personnel obtenu au titre de l'année 2016/2017.
- Je renonce au bénéfice de mon admission en qualité de professeur des écoles stagiaire, session 2017, au titre de l'Académie de Versailles, pour le motif suivant :
_____ .

Je sollicite un report de stage pour la rentrée 2018* :

- Pour conditions de diplômes (non validation du M1).
- Pour congé de maternité.
- Pour effectuer le service national en tant que volontaire.
- Pour congé parental (lauréat....)

Aucun report de stage pour des raisons de santé ou de convenances personnelles ne peut être accordé.

Sollicite l'octroi d'un congé* :

- Pour élever un enfant de moins de huit ans.
- Pour suivre son conjoint.
- Autre à préciser (durée maximale de 3 mois):

Fait à _____ , le __/__/2017

Signature :**

* Dispositions du décret 94-874 du 7 octobre 1984.
** Signature obligatoire

Grade : 6151 – Professeur des Ecoles Stagiaires à
 compter du : 01/09/2017

Session :
 date d'effet : 01/09/2017

Nature du concours : Externe 2^{ème} concours 3^{ème} concours

Mère ou Père de trois enfants ou plus Sportif haut niveau Titulaire d'un Master ou plus Titulaire du M1

M. Mme NOM :

Prénom(s) dans l'ordre de l'état civil :

Nom de famille :

Adresse :

Code Postal : _____ Ville :

Téléphone Fixe : _____ Téléphone Portable : _____ E-mail :

Date et lieu de naissance :

Si né(e) à l'étranger : Nom et prénom du père :

Nom et prénom de la mère :

N° d'INSEE (avec clé) : _____

OBLIGATOIRE – Affiliation à la sécurité sociale MGEN :

Nouveaux fonctionnaires Education nationale : cf. formulaire d'affiliation ([mgen sécurité sociale 2017](#))

Nouveaux arrivants déjà fonctionnaires de l'Education nationale : effectuer un changement de centre en cas de changement de département de résidence administrative

Situation familiale

Situation familiale : célibataire marié(e)* PACS* divorcé(e)* séparé(e)* veuf(ve)*

* depuis le : / /

Conjoint :

NOM Prénom :

NOM de famille :

Activité professionnelle oui non fonctionnaire oui non

Nom et adresse de l'employeur :

Enfants à charge

NOM Prénom	Date de naissance
.....	/ /
.....	/ /
.....	/ /

Souhaitez-vous percevoir le supplément familial de traitement : Oui Non

(Si oui, un dossier vous sera transmis à votre adresse personnelle début octobre ; l'installation se fera avec un effet rétroactif à la date de nomination).

Références bancaires :

Renseigner impérativement les coordonnées bancaires de façon manuscrite ci-dessous :

Code établissement	Code guichet	N° compte	Clé RIB
_____	_____	_____	_____

IBAN _____ - _____ - _____ - _____ - _____ - _____

BIC _____

Etudiant Salarié exerçant dans le secteur privé Artisan, profession libérale

Retraité Autre, précisez :

Situation au

Non-titulaire de la fonction publique

31/08/2017 :

Titulaire de la fonction publique : Etat Hospitalière Territoriale Militaire

Position dans votre administration d'origine au **01/09/2017** :

Déclaration sur l'honneur :

Je déclare sur l'honneur n'avoir jamais occupé de poste dans la Fonction Publique (Territoriale, Hospitalière et Etat)

Je certifie avoir occupé un poste dans la Fonction Publique

Soit Au Ministère de l'Education Nationale, y compris établissements d'enseignement privé (merci d'indiquer le dernier emploi tenu ci-dessous) **Préciser votre NUMEN** :

Du ... au ...	Fonction	Etablissement / Académie/Etablissement Payeur
--/--/---- --/--/----

Soit Dans un autre ministère, une collectivité locale ou un établissement public

En qualité de :

Coordonnées du dernier employeur :

A remplir dans le cas d'une période interruptive entre votre ancien employeur Fonction Publique et votre prise de fonction au 01/09/2017 dans le Val d'Oise.

Je soussigné Madame Monsieur NOM..... Prénom..... déclare n'avoir jamais repris d'activité ou n'avoir perçu de rémunération de la Fonction Publique d'Etat, Hospitalière ou Territoriale depuis le .*

Vu et vérifié (signature et cachet de la DSDEN)	Je, soussigné(e) certifie l'exactitude des renseignements portés sur la présente fiche*. Fait à : Le : (signature de l'agent)
--	---

**La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration (Code pénal Titre IV : Des atteintes à la confiance publique art. 444-1)*



CERTIFICAT D'APTITUDE A L'EXERCICE D'UN EMPLOI PUBLIC

Réf :

- Article 5 de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires,
- Circulaire du ministère de la fonction publique en application du Décret n° 2011-774 du 28 juin 2011 portant modification du décret n° 82-453 du 28 mai 1982 modifié relatif à l'hygiène et la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique.

Je soussigné(e), Dr.....
médecin agréé auprès des administrations, certifie avoir examiné :

Madame, Monsieur.....

Né(e) le Adresse.....



Postulant à la fonction de

S'il s'agit d'un poste d'enseignant, préciser :

- Professeur des écoles
- Enseignant second degré 鑄 discipline :.....(1)

● Déclare ⁽²⁾:

- Reconnaître l'intéressé(e) **apte** à la fonction postulée
- Reconnaître l'intéressé(e) **inapte** à la fonction postulée
- Que l'aptitude à l'exercice de la fonction postulée **doit faire l'objet d'un examen complémentaire**, et être appréciée par un médecin spécialiste agréé en (**indiquer la spécialité**) :

鑄 Joindre à ce document le courrier confidentiel destiné au médecin spécialiste.

Lieu et date

.....

Signature et cachet du médecin

Document à retourner à l'adresse suivante :

↳ **DSDEN du Val d'Oise, DGI**  **des Arpents 95525 Cergy-Pontoise cedex**

(1) La compatibilité de l'état de santé de l'agent avec l'exercice de la fonction et les conditions de travail liées au poste seront vérifiées par le médecin de prévention.

(2) Cocher l'une des trois cases.

BOURSEMENT D'HONORAIRES MÉDICAUX EN VUE DE L'ADMISSION A UN EMPLOI

stagiairisation titularisation réintégration contractuel

(Tout document incomplet sera retourné par le service gestionnaire)

Renseignements concernant la personne examinée :

Nom - Prénom : **Date de naissance :** _____

____/____/____.

Corps / Discipline : Professeur des Ecoles - Stagiaire

Adresse de l'agent : _____

Etablissement d'exercice : DSDEN

95

.....

A

A

r

e

m

p

l

i

r

p

a

r

e

m

é

d

e

c

i

Honoraires des examens Application des tarifs conventionnels de sécurité sociale

(Arrêté du 3 juillet 2007 fixant la rémunération des médecins agréés, généralistes et spécialistes visés par le décret n°86-442 du 14 mars 1986)

C (Consultation au cabinet) 26.00€

Examen pour recrutement ayant donné lieu à la rédaction d'un rapport médical d'aptitude (x 1.5)

Date de l'examen : ____/____/____

Cachet et signature du praticien

A Régler au médecin. **Coordonnées bancaires ou postales : JOINDRE IMPERATIVEMENT UN RIB PROFESSIONNEL**

Réglé par l'agent – A rembourser à l'intéressé (**Document à redonner à l'agent tamponné et signé par le médecin**)

n

Document à retourner à :

DSDEN du Val-d'Oise – DGI 04 – Immeuble le Président 2A Avenue des Arpents – 95525 CERGY PONTOISE CEDEX

A
r
e
m
p
l
i
r
p
a
r
l
e
s
e
r
v
i
c
e
m
é
t
i
e
r

Service fait.

Service : DPGI 04 _____

Constatation effectuée par : _____

Date de réception du formulaire : ____/____/201

Date de complétude du dossier : ____/____/201

Signature

Réservé DAF Code SE : _____

Arrêté le présent état à la somme de :

_____Euros

et _____centimes

N° de DP : _____

Date de validation DP : _____

Programme : _____

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Agrafer à cette demande :

- Un RIB pour le remboursement de la consultation,
- La demande de remboursement d'honoraires (annexe 4-1) signée du médecin,
- Joindre également le certificat médical d'aptitude aux fonctions (annexe 3).