

ANNEXE 3 - DEMANDE DE MAJORATION POUR HANDICAP

à retourner à la Division des Personnels Enseignants **au plus tard le jour de fermeture du serveur**

Nom d'usage :.....

Nom de famille :.....

Prénom :.....

Adresse personnelle :

Commune de résidence :

Poste occupé actuellement :

directeur d'école adj mat ou élém BD / ZIL autres

Ecole et commune d'affectation :

.....

- sollicite une majoration de barème au titre du handicap :

En parallèle de l'envoi de la présente annexe, transmettre au Dr GRUEL, Médecin de prévention de l'académie d'Orléans-Tours, le dossier de demande d'appui complété et signé, accompagné des pièces justificatives demandées.

Le service médical transmettra directement son appréciation à la Division des personnels enseignants.

pour moi : joindre votre reconnaissance de travailleur handicapé (RQTH) en cours de validité

pour mon conjoint : joindre sa reconnaissance de travailleur handicapé (RQTH) en cours de validité

pour mon enfant : joindre la reconnaissance de handicap de l'enfant en cours de validité

- sollicite une majoration de barème en cas de situation médicale grave de mon enfant :

pour mon enfant en situation médicale grave :

En parallèle de l'envoi de la présente annexe, transmettre au Dr GRUEL, Médecin de prévention de l'académie d'Orléans-Tours, le dossier de demande d'appui complété et signé, accompagné des pièces justificatives demandées.

Le service médical transmettra directement son appréciation à la Division des personnels enseignants.

Pour plus de précisions, veuillez-vous référer au paragraphe III de la note de service mouvement.

Date et signature :

Cette annexe doit être retournée à la Division des personnels enseignants au plus tard le jour de fermeture du serveur à :
ce.mvt1d37@ac-orleans-tours.fr

**DOSSIER à CONSTITUER
à l'APPUI d'une DEMANDE de MUTATION
RENTREE SCOLAIRE 2020**

- Appui au titre du handicap (intéressé, conjoint, enfant)
- Appui pour situation médicale grave de mon enfant

DSDEN

Service de santé au travail

Affaire suivie par :

Docteur Gruel
ce.medic@
ac-orleans-tours.fr

267 rue Giraudeau
CS 74212
37042 TOURS Cedex 1

Dossier COMPLET

**à adresser au Dr Cécile GRUEL par courriel à
ce.medic@ac-orleans-tours.fr**

au plus tard le jour de fermeture du serveur

Pièces à joindre :

- ✓ **La fiche de renseignements** dûment complétée
- ✓ **Une lettre** de demande explicitant les raisons justifiant votre ou vos vœu(x)
- ✓ **Un compte rendu médical** détaillé (historique de la maladie, traitement le cas échéant,...) rédigé par votre médecin et adressé, sous pli confidentiel, directement à l'attention du Dr Cécile GRUEL, Médecin de prévention.
- ✓ **Un justificatif attestant du handicap**
- ✓ **Tout justificatif** qui vous semble utile à l'étude de votre situation

Fiche de renseignements

NOM et Prénom :

Grade et/ou discipline :

Date de naissance :

Adresse personnelle :
.....

Téléphone :

Courrier électronique :

Notification de la MDPH (ex COTOREP) en date du :

Avez-vous déjà obtenu une affectation ou une mutation pour raisons médicales ?

Si oui, à quelle date ? et dans quelle académie ou département?

Votre affectation (nom et adresse de l'établissement ou de l'école)
.....

- stagiaire
 titulaire du poste
 titulaire remplaçant (ets ou école de rattachement – fixe))

- sans poste
 mise à disposition du recteur
 affectation provisoire à l'année (ets ou école de rattachement – fixe))

Les raisons médicales invoquées concernent :

- l'intéressé (e) son ou ses enfants son conjoint

nombre d'enfants à charge et âge :

profession du conjoint et lieu d'exercice :

VŒUX FORMULES AU MOUVEMENT (joindre impérativement la liste des vœux formulés au mouvement) :

Date et signature :