

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 2022**

- 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 :