

### 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](mailto: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 :