|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Annexe 5

Circulaire n°2024 - 027 du 7 mars 2024

**Titre : Formulaire de prise en compte du handicap 2024**

**ATTENTION : LE FORMULAIRE DOIT ETRE ENVOYE LE PLUS TOT POSSIBLE PAR L’AGENT AU SERVICE MEDICAL, QUI LE TRANSMETTRA A LA DPAE AU PLUS TARD**

**LE MERCERDI 10 AVRIL 2024**

**AUCUN DOSSIER NE SERA ACCEPTE APRES CETTE DATE**

NOM : …………………………………………………………………………………….....................................................

Prénom : ...…………………………………………………………………………………………………………………….

Grade / Corps : ………………………………. ………………………………………………………………………………

La procédure concerne les personnels titulaires bénéficiant de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH).

Composition du dossier :

* Une lettre de demande de priorité de mutation au titre du handicap justifiant les vœux géographiques,
* Un compte rendu médical détaillé récent (sous pli confidentiel), rédigé par le médecin généraliste ou par le médecin spécialiste concerné (nature et histoire de la pathologie, traitements suivis et/ou en cours, perspectives évolutives). Il y sera joint photocopie de toute pièce utile (ex : compte-rendu d’hospitalisation).
* La fiche de renseignements (page 2 de la présente annexe),
* L’attestation de RQTH (annexe 6),
* Un courrier de décision de la maison départementale des personnes handicapées reconnaissant la RQTH.

**Envoyer le dossier complet par voie postale au :**

Rectorat - Service Médical Académique

À l’attention du Médecin Conseiller Technique du Recteur

Docteur MARTIN

4, rue Georges Enesco

94010 CRETEIL CEDEX

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

A REMPLIR PAR L’INTERESSE(E) (EN LETTRES CAPITALES)

ET À ENVOYER AU SERVICE MÉDICAL

Prénom NOM : ….…………………………………………………………………….…….………………........................

Nom de jeune fille : ……………………………………………………………………………………………………………

Né(e) le ………………………………….………………………..……….………………………………….........................

Adresse personnelle : ……………………………………………..…………………………............................................

………………………………………………………………………..………………………………………..........................

 ……………………………………………………………………….….………………………………………………………

Téléphone : ………………………………………………………………………..…………………………………………..

Courriel : ...……………………………………………………….…………………………………………………………….

Académie d’origine : …………………………………………………………………………………………………………..

Date d’entrée dans l’académie de Créteil : …………………………………………………………………………………

Notification en cours de validité de la MDPH en date du ....../....../……. délivrée par ………………………………

Affectation 2023-2024 (Nom et adresse de l’établissement) :

……………………………………………….…………………………………...……………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………...

⬜ Titulaire du poste

⬜ Titulaire remplaçant

⬜ Sans poste (préciser) : …………………………………………………………………………………….

⬜ Délégation rectorale (établissement) : …………………………………………………………………...

Nombre d’enfants à charge et âges : ……………………………………………………………………….

Profession du conjoint et lieu d’exercice : ………………………………………………………………….

DATE et SIGNATURE de l’intéressé(e)

**MOUVEMENT INTRA ACADEMIQUE 2024**

**AVIS DU SERVICE MEDICAL ACADEMIQUE SUR LA DEMANDE DE MUTATION**

NOM : …………………………………………………………………………………………………………………………..

PRENOM :……………………………………………………………………………………………………………………..

**NB :** l’avis est porté au regard du potentiel d’amélioration des conditions de vie et de travail de l’agent reconnu travailleur handicapé lié au poste demandé.

**VŒUX FORMULES AU MOUVEMENT INTRA-ACADEMIQUE 2024 SUR AMIA**

1……………………………………………

⬜ FAVORABLE ⬜ DEFAVORABLE

2…………………………………………….

⬜ FAVORABLE ⬜ DEFAVORABLE

3…………………………………………….

⬜ FAVORABLE ⬜ DEFAVORABLE

4…………………………………………….

⬜ FAVORABLE ⬜ DEFAVORABLE

5…………………………………………….

⬜ FAVORABLE ⬜ DEFAVORABLE

6……………………………………………..

⬜ FAVORABLE ⬜ DEFAVORABLE

**Date et cachet du médecin-conseiller technique de l’académie de Créteil :**