

**Division de l’encadrement et des  
personnels administratifs et techniques**

**ANNEXE 1**

**PERSONNELS CONCERNÉS PAR UNE MESURE DE CARTE SCOLAIRE**

**EN ÉTABLISSEMENT ET SERVICES ACADÉMIQUES**

NOM D’USAGE :………………………….. PRÉNOM : ……………………………….

CORPS GRADE : …………………………

ÉTABLISSEMENT OU SERVICE :……………………………………………………………………….

ADRESSE PERSONNELLE :………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

DATE DE NOMINATION DANS L’ÉTABLISSEMENT OU LE SERVICE : ………/…………/……….

Êtes-vous volontaire ? : □ OUI □ NON

Observations :

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

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

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

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

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

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

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

Visa du chef d’établissement ou de service : Date et signature de l’intéressé(e) :

**SIGNALÉ** :

1. **Les personnels touchés par les mesures de carte scolaire doivent participer à la phase INTRA-académique du mouvement et saisir leurs vœux sur AMIA dès l’ouverture du serveur AMIA**

**Fiche à renvoyer par mail à ce.diepat@ac-aix-marseille.fr et au plus tard le 25 avril 2025**



**Division de l’encadrement et des  
personnels administratifs et techniques**

**ANNEXE 2**

**MOUVEMENT ACADÉMIQUE DES PERSONNELS ATSS, ATRF et TECH RF**

**DEMANDE FORMULÉE AU TITRE DU HANDICAP**

**Partie à remplir par l’agent**

Nom d’usage…………………………………………...Prénom……………………………………..………….

Corps grade…………………………………………………………………………………………..……………

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

Adresse………………………………………………………………………………………………………….…

Mail…………………………………………………………………………………………………………………

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

🞏 OUI (indiquer la date et dans quelle académie) : 🞏 NON

……………………………………………………………

Situation familiale………………………………………………………………………………...………………..

Nombre d’enfants à charge……………………………………………………………………………………….

Situation professionnelle du conjoint 🞏activité professionnelle commune d’exercice : ……………

🞏demandeur d’emploi

Affectation : 🞏 sur poste définitif 🞏 provisoire 🞏 délégation rectorale

Établissement à titre définitif 2024/2025………………………………………………………………………

Établissement d’exercice provisoire 2024/2025………………………………………………………………

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**Partie réservée au service de santé**

**AVIS :**  🞏 prioritaire 🞏 non-prioritaire

**OBSERVATIONS :**

Bénéficiaire Obligation emploi 🞏 OUI 🞏 NON

Reconnaissance travailleur handicapé 🞏 OUI 🞏 NON

Contre-indications aux déplacements 🞏 OUI 🞏 NON

Conditions géographiques imposées par l’état de santé :

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

Conditions particulières de travail - avis complémentaire :

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

Observations complémentaires

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Date et signature du médecin :