

**ANNEXE 5 MOUVEMENT ACADEMIQUE DES PERSONNELS ATSS**

**DEMANDE FORMULEE AU TITRE DU HANDICAP**

**Partie à remplir par l’agent**

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

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

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

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

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

La demande concerne 🞏 l’intéressé 🞏 son conjoint 🞏 son enfant

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

Etablissement à titre définitif 2017/2018………………………………………………………………………

Etablissement d’exercice provisoire 2017/2018………………………………………………………………

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

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

**OBSERVATIONS :**

Bénéficiaire Obligation emploi 🞏 OUI 🞏 NON

Reconnaissance travailleur handicapé 🞏 OUI 🞏 NON

Situation médicale liée à l’enfant 🞏 OUI 🞏 NON

Contre-indications aux déplacements 🞏 OUI 🞏 NON

Conditions géographiques imposées par l’état de santé :

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

Conditions particulières de travail - avis complémentaire :

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

Observations complémentaires (situation du conjoint ou de l’enfant)

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

Date et signature du médecin :

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**AVIS DU RECTEUR :**