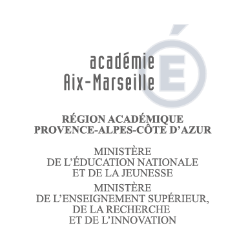
**ANNEXE 1******

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

**EN ETABLISSEMENT ET SERVICES ACADEMIQUES**

NOM D’USAGE :………………………….. PRENOM : ……………………………….

CORPS GRADE : …………………………

ETABLISSEMENT OU SERVICE :……………………………………………………………………….

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

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

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

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

Êtes-vous volontaire ? : □ OUI □ NON

Observations :

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

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

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

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

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

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

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

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

**SIGNALE** :

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 au rectorat et au plus tard le lundi 29 avril 2020**

**ANNEXE 2**

**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 2019/2020………………………………………………………………………

Etablissement d’exercice provisoire 2019/2020………………………………………………………………

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**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 ou

au conjoint 🞏 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 :-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**AVIS DU RECTEUR :**