

**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 2023/2024………………………………………………………………………

Établissement d’exercice provisoire 2023/2024………………………………………………………………

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**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 :