



**ACADÉMIE  
D'ORLÉANS-TOURS**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**ANNEXE 13**

**Service médical**  
RECTORAT

Tél : 02 38 79.46.72

[santetravail@ac-orleans-tours.fr](mailto:santetravail@ac-orleans-tours.fr)

21, rue Saint-Etienne  
45043 ORLEANS Cédex 1

## DOSSIER A CONSTITUER

**à l'appui d'une demande de mutation  
au titre du handicap**

à adresser par mail au Médecin du travail à  
[santetravail@ac-orleans-tours.fr](mailto:santetravail@ac-orleans-tours.fr)

pour le lundi 4 mai 2026 au plus tard

### PIECES A JOINDRE

- La fiche de renseignements** dûment complétée
- Une lettre de demande de bonification** explicitant les raisons justifiant votre ou vos vœu(x)
- Un compte rendu médical détaillé** (historique de la maladie, traitement le cas échéant...) rédigé par votre médecin et adressé directement à l'attention du Dr Cécile Gruel, Médecin conseiller technique du Recteur.
- Un justificatif attestant du handicap** ou, à défaut, s'il s'agit d'une première demande, une preuve de dépôt de dossier délivrée par la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)
- Tout justificatif** qui vous semble utile à l'étude de votre situation



NOM d'usage:  NOM de naissance:

Prénoms:  Date de naissance: / /

N° tél.: / / / /  mail: @ac-orleans-tours.fr

Corps + grade:

**Affectation actuelle :**

Nom de l'établissement:

Adresse de l'établissement:

**Etes-vous ?**

titulaire du poste  titulaire remplaçant  stagiaire  sans poste  mise à disposition du Recteur

**Adresse personnelle :**

Numéro + nom de la voie/rue:

Code postal:  Commune:

Notification de la MDPH (ex COTOREP) en date du: / /

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

oui  non

Si oui, à quelle date ? / /

et dans quelle académie ou département?

Les raisons médicales invoquées concernent :  l'intéressé(e)  son conjoint  son ou ses enfants

Nombre d'enfants à charge:

ENFANT 1:  ans

ENFANT 3:  ans

ENFANT 2:  ans

ENFANT 4:  ans



**ACADÉMIE  
D'ORLÉANS-TOURS**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**Conjoint:**

Profession:

Lieu d'exercice :

**VŒUX FORMULES AU MOUVEMENT :**

Date :

 /  / 

Signature du demandeur:  
(ou initiales si pas de signature électronique)