

### ANNEXE 3 : DEMANDE DE MAJORATION POUR HANDICAP

à retourner à la Division des Personnels Enseignants **au plus tard le jour de fermeture du serveur**

Nom d'usage : .....

Nom de famille : .....

Prénom : .....

Adresse personnelle : .....

Commune de résidence : .....

Poste occupé actuellement :

☐ directeur d'école      ☐ adj. mat. ou élém.      ☐ TR      ☐ autres

Ecole et commune d'affectation :

.....

**- sollicite une majoration de barème au titre du handicap :**

En parallèle de l'envoi de la présente annexe, transmettre au Médecin de prévention de l'académie d'Orléans-Tours, le dossier de demande d'appui complété et signé, accompagné des pièces justificatives demandées.

Le service médical transmettra directement son appréciation à la Division des personnels enseignants.

☐ **pour moi** : joindre votre reconnaissance de travailleur handicapé (RQTH) en cours de validité

☐ **pour mon conjoint** : joindre sa reconnaissance de travailleur handicapé (RQTH) en cours de validité

☐ **pour mon enfant** : joindre la reconnaissance de handicap de l'enfant en cours de validité

**- sollicite une majoration de barème en cas de situation médicale grave de mon enfant :**

☐ **pour mon enfant en situation médicale grave** : joindre un certificat médical

En parallèle de l'envoi de la présente annexe, transmettre au Médecin de prévention de l'académie d'Orléans-Tours, le dossier de demande d'appui complété et signé, accompagné des pièces justificatives demandées.

Le service médical transmettra directement son appréciation à la Division des personnels enseignants.

Pour plus de précisions, veuillez-vous référer au paragraphe III de la note de service mouvement.

Date et signature :

Cette annexe et la pièce justificative doivent être retournées à la Division des personnels enseignants au plus tard le jour de fermeture du serveur à :

**ce.mvt1d37@ac-orleans-tours.fr**

---

**DOSSIER à CONSTITUER  
à l'APPUI d'une DEMANDE de MUTATION  
RENTREE SCOLAIRE 2025**

---

- ☐ Appui au titre du handicap (intéressé, conjoint, enfant)
- ☐ Appui pour situation médicale grave de mon enfant

DSDEN

Service de santé au travail

Affaire suivie par :  
santetravail@  
ac-orleans-tours.fr

**Dossier COMPLET**

***à adresser au Médecin de prévention, exclusivement par voie  
électronique, à :***

**santetravail@ac-orleans-tours.fr**

**au plus tard le jour de fermeture du serveur**

-----

Pièces à joindre :

- ✓ **La fiche de renseignements** dûment complétée
- ✓ **Une lettre** de demande 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 à l'attention du Médecin de prévention.
- ✓ **Un justificatif attestant du handicap**
- ✓ **Tout justificatif** qui vous semble utile à l'étude de votre situation

### Fiche de renseignements

NOM et Prénom : .....

Grade et/ou discipline : .....

Date de naissance : .....

Adresse personnelle : .....

Téléphone : .....

Courrier électronique : .....

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

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

Si oui, à quelle date ? ..... et dans quelle académie ou département? .....

Votre affectation (nom et adresse de l'établissement ou de l'école) .....

☐ stagiaire

☐ titulaire du poste

☐ titulaire remplaçant (ets ou école de rattachement – fixe) ) .....

☐ sans poste

☐ mise à disposition du recteur

☐ affectation provisoire à l'année (ets ou école de rattachement – fixe) ) .....

Les raisons médicales invoquées concernent :

☐ l'intéressé (e) ☐ son ou ses enfants ☐ son conjoint

nombre d'enfants à charge et âge : .....

profession du conjoint et lieu d'exercice : .....

VŒUX FORMULES AU MOUVEMENT (joindre impérativement la liste des vœux formulés au mouvement) :

Date et signature :