

ANNEXE 3 : DEMANDE DE MAJORIZATION 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 :

santetavail@
ac-orleans-tours.fr

Dossier COMPLET

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

santetavail@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 :