

ANNEXE 5 : DEMANDE D'ATTENTION PARTICULIERE POUR RAISON MEDICALE OU SOCIALE

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 attention particulière :

☐ Pour raison médicale

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

☐ Pour situation sociale revêtant un caractère d'une gravité exceptionnelle

En parallèle de l'envoi de la présente annexe, prendre rendez-vous avec le service social des personnels de la DSDEN d'Indre-et-Loire : Mme Sandrine CARLIEZ : 02 47 60 77 75 ou Mme Nadège FONTAINE : 02 47 60 77 76 ou par mail ssp37@ac-orleans-tours.fr.

Le service social et médical transmettra directement les avis 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 doit être retournée 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**

☐ Attention particulière pour raison médicale ou sociale

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**, le cas échéant
- ✓ **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 :