

## 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](mailto: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](mailto: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 :