



**ACADÉMIE
D'ORLÉANS-TOURS**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Direction des services départementaux
de l'éducation nationale
d'Eure-et-Loir

ANNEXE 6

Rectorat

Service Médical

Affaire suivie par :
Dr Gruel
Tél. 02.38.79.46.70

santetravail@
ac-orleans-tours.fr

21, rue Saint-Etienne
45043 ORLEANS Cedex 1

DOSSIER à CONSTITUER
à l'APPUI d'une DEMANDE de MUTATION
au titre du handicap -

RENTREE SCOLAIRE 2025

à adresser par mail uniquement au Dr Gruel
Médecin de prévention :
santetravail@ac-orleans-tours.fr

avant le 14 avril 2025

**Un exemplaire de la fiche de renseignements ci-après sera adressé à
dans le même temps à la DSDEN 28 – DPE/gestion collective à :
mouvt28@ac-orleans-tours.fr**

Pièces à 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 Gruel, Médecin de prévention
- ✓ **Un justificatif attestant du handicap**
- ✓ **Tout justificatif** qui vous semble utile à l'étude de votre situation





**ACADÉMIE
D'ORLÉANS-TOURS**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Direction des services départementaux
de l'éducation nationale
d'Eure-et-Loir

**Rectorat
Service Médical**

Fiche de renseignements 2025

NOM et Prénom :

Grade et/ou discipline :

Date de naissance :

Adresse personnelle :

.....

Téléphone :

Courrier électronique :

Notification de la MDA (ex MDPH) 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?

Grade et/ou discipline :

Affectation 2024-2025 (nom et adresse de l'établissement ou de l'école) :

.....

☐ stagiaire

☐ titulaire du poste

☐ titulaire remplaçant (école de rattachement – fixe)

.....

☐ sans poste

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

.....

Les raisons médicales invoquées concernant :

☐ l'intéressé (e)

☐ son ou ses enfants

nombre d'enfants à charge et âge :

VŒUX FORMULES AU MOUVEMENT :

Date et signature :