

**Annexe 5 : mouvement intra-académique R2026
des personnels enseignants du second degré,
CPE et PSY-ÉN
Formulaire de demande de priorité au titre du handicap**

*Formulaire à adresser uniquement par voie postale sous pli confidentiel,
avant le 31 mars 2026 cachet de la poste faisant foi*

Formulaire à adresser uniquement par voie postale au service académique de médecine de prévention du département d'exercice (ou au service de médecine de prévention du Bas-Rhin pour les agents actuellement affectés dans une autre académie), accompagné des pièces listées dans la circulaire.

*Pour le Bas-Rhin (67) :
Médecin du travail
Service académique
de médecine de prévention
23, rue du Maréchal Juin
67 000 Strasbourg*

*Pour le Haut-Rhin (68) :
Médecin du travail
Service académique
de médecine de prévention
1, rue Alfred Werner
68 093 Mulhouse Cedex*

NOM du candidat :

Prénom :

Né(e) le :

Discipline :

Téléphone :

Adresse électronique (***précision indispensable pour obtenir confirmation de la parfaite réception de votre demande par le service de médecine de prévention***) :

Corps et grade dans le corps :

Discipline (si enseignant) :

Affectation au 01/09/2025 :

Cochez la situation correspondant à votre situation et précisez.

- ☐ Titulaire d'un poste en établissement
→ précisez lequel :
- ☐ Titulaire exerçant des fonctions de remplacement
→ précisez l'établissement de RAD :
- ☐ Autre situation
→ précisez :

Situation du demandeur :

Cochez la situation correspondant à votre situation.

- ☐ Travailleur reconnu handicapé par la MDPH
- ☐ Victime (accident du travail ou maladie professionnelle, avec une incapacité permanente au moins égale à 10%, et titulaire d'une rente)
- ☐ Titulaire d'une pension d'invalidité (capacité réduite des 2/3)
- ☐ Ancien militaire et assimilé titulaire d'une pension d'invalidité
- ☐ Titulaire d'une carte d'invalidité si incapacité permanente d'au moins 80% ou classé en 3^{ème} catégorie
- ☐ Titulaire d'une allocation ou rente d'invalidité de sapeur-pompier volontaire
- ☐ Titulaire de l'allocation aux adultes handicapés
- ☐ Enfant handicapé ou souffrant d'une maladie grave de moins de 20 ans au 31/08/2025
- ☐ Enfant à charge en situation de handicap quel que soit son âge, hors d'état de subvenir à ses besoins en raison de son invalidité
- ☐ Autre situation médicale et sociale

Le handicap invoqué concerne :

Cochez la situation correspondante.

- ☐ Le demandeur
- ☐ Son conjoint
- ☐ Son enfant

Vœux du demandeur justifiés par la demande de priorité :	Avis du médecin du travail sur les vœux émis :
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-

Fait à :

le :

Signature du demandeur :