

**MOUVEMENT DES ENSEIGNANTS DU 1<sup>ER</sup> DEGRE  
DEMANDE DE PRISE EN COMPTE DU HANDICAP OU D'UNE SITUATION MEDICALE GRAVE  
FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

NOM : \_\_\_\_\_

NOM de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Grade : \_\_\_\_\_

stagiaire

titulaire d'un poste fixe

titulaire exerçant des fonctions de remplacement

autre situation (à préciser) \_\_\_\_\_

AFFECTATION ACTUELLE :

MODALITE :

\_\_\_\_\_ Définitive

\_\_\_\_\_ Provisoire

ADRESSE PERSONNELLE :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

N° de téléphone (pour prise de contact par le médecin) : \_\_\_\_\_

SITUATION FAMILIALE SUCCINCTE :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

PROFESSION DU CONJOINT : \_\_\_\_\_

LIEU D'EXERCICE DU CONJOINT : \_\_\_\_\_

NOMBRE D'ENFANTS A CHARGE DE – de 20 ans au 1<sup>er</sup> septembre de l'année scolaire en cours OU  
HANDICAPE :

\_\_\_\_\_

VŒUX D'AFFECTATION :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ETAT DES CONGES DE MALADIE DE L'ANNEE EN COURS :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_