

MOUVEMENT A GESTION DECONCENTREE  
PHASE INTRA ACADEMIQUE 2008

## PERSONNELS HANDICAPES

DOCUMENT A ADRESSER SOUS PLI CONFIDENTIEL AVEC LES PIECES COMPLEMENTAIRES AU MEDECIN  
CONSEILLER TECHNIQUE DU RECTEUR : Docteur AZUELOS-FLAMM

NOM-PRENOM :

CORPS / GRADE :

DISCIPLINE :

DATE DE NAISSANCE :

SITUATION DE FAMILLE :

NOMBRE ET AGE DES ENFANTS A CHARGE :

ADRESSE PERSONNELLE :

COMMUNE :

CODE POSTAL :

TELEPHONE :

PORTABLE :

AFFECTATION ACTUELLE :

STAGIAIRE (rayer la mention inutile) :            OUI                            NON

TITULAIRE (rayer la mention inutile) :

- titulaire d'un poste en établissement
- titulaire d'un poste sur zone de remplacement
- mise à disposition à titre provisoire

DATE DE NOMINATION DANS LE POSTE ACTUEL :

POSITION ACTUELLE :

- activité
- en activité : congé de maladie ordinaire
- en activité : CLM ou CLD
- disponibilité

TAUX D'INCAPACITE :

Joindre obligatoirement une copie de la décision de la Maison du Handicap (ex-COTOREP)  
reconnaissant :

- la qualité de travailleur handicapé ou d'invalidé
- le taux d'incapacité ou d'invalidité

NATURE DU HANDICAP / INVALIDITE:

AMENAGEMENTS LIES AU HANDICAP / INVALIDITE DANS L'EXERCICE DES FONCTIONS  
(présence d'un ascenseur, lieu d'exercice situé au rez-de-chaussée....)

Lieu(x) géographique(s) souhaité(s) :

A

le

Signature