

**Rectorat
Service Médical**

Affaire suivie par :
Mme Cécile Gruel
Tél. 02.38.79.46.72
ce.medic@ac-orleans-tours.fr

**21, rue Saint-Etienne
45043 ORLEANS Cedex**

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

RENTREE SCOLAIRE 2024

Dossier COMPLET par voie postale uniquement

**à adresser au Médecin du travail
Service médical
21 rue Saint-Étienne
45043 Orléans cedex 1**

pour le 19 avril 2024 au plus tard

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 ou vos médecin(s)
- ✓ **Un justificatif attestant du handicap**
- ✓ **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? -----

Affectation 2023-2024 (nom et adresse de l'établissement ou de l'école) -----

☐ stagiaire
☐ titulaire du poste
☐ titulaire remplaçant (étab ou école de rattachement – fixe)) -----

☐ sans poste
☐ mise à disposition du recteur
☐ affectation provisoire à l'année (étab 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 :

Date et signature :