

Rectorat

Service Médical

Affaire suivie par :  
Dr Bellier  
Dr Gruel  
Tél. 02.38.79.46.70

ce.medic@  
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 2024**

**à adresser par voie postale uniquement au Dr Bellier ou Dr Gruel**

**Médecins de prévention**

**Service médical**

**21 rue Saint-Etienne  
45043 Orléans cedex 1**

**avant le 19 avril 2024**

---

**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](mailto: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, sous pli confidentiel, directement à l'attention du Dr Bellier ou Dr Gruel, Médecins de prévention
- ✓ **Un justificatif attestant du handicap**
- ✓ **Tout justificatif** qui vous semble utile à l'étude de votre situation



**Rectorat  
Service Médical**

### Fiche de renseignements

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 2023-2024 (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 :