

DPEP

Participation au mouvement départemental 2020 : Formulaire de demande de priorité médicale

**A retourner impérativement au rectorat à la DPEP – GESTION COLLECTIVE
au plus tard le 11 mars 2020**

**Parc d'activités la Providence – ZAC de Dothémare – BP 480 –
97183 LES ABYMES CEDEX**

MOTIF (S) DE LA DEMANDE : Cocher le (ou les case(s) utile(s)
(joindre les pièces justificatives de votre situation)

RQTH du participant Enfant malade Situation médicale **grave** sans RQTH
RQTH du conjoint Enfant handicapé

SITUATION PERSONNELLE

Nom d'usage du (de la) candidat(e) :
Prénom :
Nom patronymique :
Date de naissance : Nbre d'enfants à charge : Tél/GSM :
Adresse :
Code Postal : Commune de résidence :
Profession du conjoint :
Lieu du travail du conjoint :

Célibataire
 Marié (e)
 Pacsé (e)
 Concubinage

SITUATION ADMINISTRATIVE

Corps ou Grade : Affectation au 01/09/2019:
N° RNE de l'établissement : 971..... Commune :
Fonction exercée :

vœux d'affectation : (écoles, communes)

.....
.....
.....

Date Signature :

DOSSIER MEDICAL

Partie à remplir par le médecin conseiller technique du recteur ou le médecin de prévention

Reconnaissance du handicap :

RQTH (ou assimilée) candidat	RQTH (ou assimilée) conjoint	RH enfant malade

Avis du médecin de prévention:

Le mouvement permettrait des conditions de travail plus adaptées à la situation de l'agent au regard de la personne handicapée ou malade Oui Non

Avis favorable ou avis défavorable à la bonification

Observations éventuelles sur les conditions de travail :

Fait aux Abymes, le Signature du Médecin

NOM :

Prénom :

PIÈCES A FOURNIR :

- Veuillez cocher sur la liste, les documents que vous joignez à votre dossier :

Toutes ces pièces à caractère médical **sont à l'attention du médecin conseiller technique du recteur sous pli cacheté portant la mention « confidentiel »**.

Il est indispensable d'écrire votre NOM/PRENOM sur l'enveloppe à l'attention du médecin de prévention.

Seul le médecin en prend connaissance afin de respecter le secret médical.

PIÈCES A FOURNIR : <i>(veuillez cocher la case correspondante)</i>	OUI	Réservé à l'usage exclusif du Médecin de prévention	OUI	NON
		Observations éventuelles		
<p>La pièce attestant que l'agent ou son conjoint rentre dans le champ du bénéfice de l'obligation d'emploi. La preuve du dépôt de la demande de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) pour le candidat, son conjoint ou du handicap pour un enfant auprès de la maison départementale des personnes handicapées n'est plus suffisante ;</p>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Un certificat médical récent et détaillé du médecin généraliste ou spécialiste, sous pli cacheté, à l'attention du médecin de prévention, précisant la nature de la maladie et des difficultés ou incapacités qu'elle entraîne dans l'exercice des fonctions ;</p>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Tous les justificatifs attestant que le ou les postes sollicités amélioreront les conditions de vie de la personne handicapée (une lettre de motivation explicative) ;</p>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>S'agissant d'un enfant non reconnu handicapé mais souffrant d'une maladie grave, toutes les pièces concernant le suivi médical notamment en milieu hospitalier spécialisé.</p>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Déposé le :</p> <p>Signature du (de la) candida(te) :</p>	<p>Reçu le :</p> <p>Signature du Médecin :</p>			