



MOUVEMENT INTRA DEPARTEMENTAL 2021:
Formulaire de demande au titre de la situation handicap

Réf: Note de service n° MENH2028599N du 13-11-2020 (publiée au BOEN spécial n°10 du 16 novembre 2020)
relative à la mobilité des personnels enseignants du premier degré

A retourner impérativement au Médecin Conseiller technique de la Rectrice, Docteur EZELIN
Parc d'activités la Providence – ZAC de Dothémare –
BP 480 – 97183 LES ABYMES CEDEX - ce.sve-medical@ac-guadeloupe.fr et
mouvement1d@ac-guadeloupe.fr (uniquement l'annexe 1) au plus tard le 31 MARS 2021

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

BOE du participant BOE du conjoint Enfant maladie grave ou handicap
Situation médicale grave

SITUATION PERSONNELLE

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

SITUATION ADMINISTRATIVE

Corps ou Grade : Affectation au 01/09/2020:
N° RNE de l'établissement : 971..... Commune :
Fonction exercée :

vœux d'affectation : (commune demandée)

1..... 2.....
3..... 4.....
5..... 6.....

Date Signature :

DOSSIER MEDICAL

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

Reconnaissance du handicap ou carte d'invalidité:

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 Avis défavorable à la bonification Ne relève pas du domaine médical

Observations éventuelles sur les conditions de travail :

Fait aux Abymes, le Signature du Médecin

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 de la Rectrice sous pli cacheté portant la mention « confidentiel ».**

Il est indispensable d'écrire votre NOM/PRENOM sur l'enveloppe à l'attention du médecin. Seul le médecin en prend connaissance afin de respecter le secret médical.

PIÈCES A FOURNIR pour la bonification 2 : (veuillez cocher la case correspondante)		Réservé à l'usage exclusif du Médecin de prévention	OUI	NON
		Observations éventuelles		
<input type="checkbox"/>	La pièce attestant que l'agent ou son conjoint rentre dans le champ du bénéfice de l'obligation d'emploi (BOE) :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Les travailleurs reconnus handicapés (RQTH)			
<input type="checkbox"/>	Les victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ayant entraîné une incapacité permanente au moins égale à 10 % et titulaires d'une rente attribuée au titre du régime général de sécurité sociale ou de tout autre régime de protection sociale obligatoire,			
<input type="checkbox"/>	Les titulaires d'une pension d'invalidité à condition que l'invalidité des intéressés réduise au moins des deux tiers leur capacité de travail ou de gain,			
<input type="checkbox"/>	Les anciens militaires et assimilés titulaires d'une pension d'invalidité,			
<input type="checkbox"/>	Les titulaires de la carte d'invalidité délivrée par la Commission des droits et de l'autonomie, à toute personne dont le taux d'incapacité permanente est au moins de 80% ou qui a été classée en 3 ^{ème} catégorie de la pension d'invalidité de la sécurité sociale ;			
<input type="checkbox"/>	Les titulaires d'une allocation ou d'une rente d'invalidité pour les sapeurs-pompiers volontaires ;			
<input type="checkbox"/>	Les titulaires de l'allocation aux adultes handicapés.			
<input type="checkbox"/>	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 ;		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Tous les justificatifs attestant que le ou les postes sollicités amélioreront les conditions de vie de la personne en situation de handicap		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	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.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déposé le : Nom – Prénom et signature du participant :		Reçu le : Signature du Médecin :		