

SERVICE DE MEDECINE DU TRAVAIL

Division des écoles - DE2

MOUVEMENT INTRADEPARTEMENTAL DES ENSEIGNANTS DU 1ER DEGRE
DEMANDE DE PRISE EN COMPTE DU HANDICAP OU D'UNE SITUATION MEDICALE GRAVE
FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Données personnelles :

NOM : _____ NOM de naissance : _____

Prénom : _____ Date de naissance : _____

Adresse personnelle : _____

N° de téléphone personnel (pour prise de contact par le médecin) : _____

Adresse électronique : _____@ac-nancy-metz.fr

Situation familiale : _____

Profession du conjoint : _____

Lieu d'exercice du conjoint : _____

Nombre d'enfants à charge ou porteur de handicap âgé de moins de 20 ans au 01/09/2025 : _____

Données professionnelles :

Grade : _____

stagiaire titulaire exerçant des fonctions de remplacement
 titulaire d'un poste fixe autre situation (à préciser) : _____

Affectation actuelle : _____ Modalité :
_____ Définitive
_____ Provisoire

Mobilité :

Souhaits d'affectation : _____

Cette demande est réalisée : au titre du handicap au titre d'une situation médicale grave

Etat des congés maladie de l'année en cours : _____

Bénéficiaire de l'obligation d'emploi (BOE) :

- Vous-même : OUI NON

- Votre conjoint : OUI NON

Demande au titre de votre enfant (reconnu porteur de handicap ou souffrant d'une maladie grave) :
 OUI NON

Date et signature du demandeur :