

**MOUVEMENT COMPLEMENTAIRE INTERDEPARTEMENTAL DES ENSEIGNANTS DU PREMIER DEGRE**

**Rentrée scolaire 2020**

Demande d’INEAT dans le département de l’Ariège

Ce formulaire est à renseigner et à retourner (accompagné des pièces justificatives) par la voie hiérarchique à :

## En priorité par mail à : ia09gestcol@ac-toulouse.fr

Doublé éventuellement d’un envoi par courrier à l’adresse suivante :

# Direction des Services Départementaux de l’Education Nationale de l’Ariège Division du 1er degré (bureau 310)

7, rue du Lieutenant Paul Delpech BP 40077 - 09008 FOIX cedex

Votre demande d’INEAT devra être transmise de préférence avant le **12 juin 2020.**

Madame Monsieur

**NOM :** ………….……………………………… **Nom patronymique:**……………………………...

**Prénom(s) :**……………………………………………………………………………………………..

Adresse actuelle :………………………………………………………………………………………

Code Postal : …………………… Ville :………………………………………................................

Date de naissance : ……………………… Lieu de naissance : ……………………………………

Téléphone domicile : ………………………….. Portable : …………………………………...........

Adresse électronique : ………………………………………………………….@............................................................

|  |
| --- |
| **Demande formulée au titre de :**Rapprochement de conjoints.Autorité parentale conjointeSituation de parent isoléHandicap (compléter l’annexe1) : Vous Conjoint Enfant Avez-vous obtenu la majoration de 800points? Oui NonRaisons médicales (compléter l’annexe1): Vous Conjoint EnfantRaisons sociales (compléter l’annexe 2).Convenances personnelles.Autres : …………………………………………………………………………………… |
| Participation aux permutations nationales : (Rentrée scolaire 2020-2021) | OUI. **Barème obtenu** : ……………………NON |
| Si voeux liés, veuillez indiquer le nom, le grade et le département de rattachement de l’enseignant concerné :……………………………………………………………………………………………………….. |
| Départements sollicités :1. ……………………………………………. 4.………………………………………………2. ……………………………………………. 5.………………………………………………3. ……………………………………………. 6.……………………………………………… |

**SITUATION PERSONNELLE**

PACS . Date: ………………………… Marié(e).Date Célibataire

Divorcé(e) Veuf(veuve) Vie maritale

***(Joindre impérativement les pièces justificatives)***

**Nombre d’enfants de moins de 18 ans au 01/09/2020 (y compris à naître) :** …………………..……………………….

**dont enfant(s) en situation de handicap :**….………………………………………………………………………………….

**Date de naissance des enfants :**………………………………………………………………………………………………...

**SITUATION ADMINISTRATIVE**

Département de rattachement actuel :………………………………………………………………………………………….

Date d’entrée dans le département d’origine :…………………………………………………………………………………

**Position actuelle :** activité disponibilité. Date de début :…………………………………..........

congé parental autre (à préciser) :…………………………………..........................

congé maternité prévu. *Dates* :………………………………………………………...............

Grade :…………….......................................................................Echelon :………………………………………………

Ancienneté générale de services au 01/09/2019 :…………………………………………………………………………....

**Fonction exercée** *(adjoint, directeur, enseignant spécialisé*) : ……………………………………………………………..

Professeur des écoles stagiaire

**TITRES PROFESSIONNELS**

Etes-vous inscrit(e) sur la liste d’aptitude de directeur d’école au titre de l’année 2020-2021 : OUI NON Directeur(trice) d’établissement spécialisé :OUI NON

A.S.H (préciser l’option) ………………………………………….…. Date d’obtention :……………………………….

CAFIPEMF (préciser l’option) ....………………………………..….. Date d’obtention :………………………………

Habilitation en langue : anglais, espagnol, allemand……….........Date d’obtention:……………………………….

Autres (préciser) ……………………………………………………… Date d’obtention :……………………………….

 \_ \_ \_ \_\_ Précisez si vous souhaitez travailler à temps partiel:

de droit sur autorisation

Précisez la quotité (en pourcentage ou nombre de demi-journées libérées) : …………………………

Dans un cadre hebdomadaire :OUI NON

 \_ \_ \_ \_\_

Je reconnais avoir pris connaissance des dispositions réglementaire relatives aux mutations et m’engage en cas d’obtention de l’Exéat et de l’Inéat à rejoindre le poste qui me sera attribué dans le département obtenu.

Fait à……………………………, le Signature de l’intéressé (e):

|  |  |
| --- | --- |
|  | **CADRE RESERVE** : A COMPLETER PAR LE SERVICE GESTIONNAIRE DU DEPARTEMENT D’ORIGINE |
| Exéat accordéExéat refuséExéat différé (préciser si possible la date de décision) : …………………………………………………………………… |
| Observations complémentaires :………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Certifié exact après vérification et correction(s) éventuelles :Fait à …………………………………………………….., le ……………………………………………………L’inspecteur d’académie,Directeur académique des services départementaux de l’Education Nationale de…………………………… |

**Pièces attendues pour les demandes d’INEAT** (tout dossier incomplet ne sera pas traité)

Un courrier de demande d’INEAT à l’attention de Monsieur l’Inspecteur d’académie, directeur académique des services départementaux de l’Ariège.

Une copie du courrier de demande d’EXEAT à l’attention de l’inspecteur (trice) d’académie, directeur (trice) académique des services départementaux du département d’origine.

Le formulaire dûment complété par le demandeur et certifié par le service gestionnaire du département d’origine.

La fiche de synthèse du demandeur.

Des pièces justificatives suivant les situations (cf. note départementale relative au mouvement complémentaire pour le département de l’Ariège).

## ANNEXE 1

**FORMULAIRE DE DEMANDE D’EXAMEN PARTICULIER AU TITRE DU HANDICAP (RQTH) OU RAISON MEDICALE**

*(UNIQUEMENT dans le cadre d’une demande d’INEAT en Ariège)*

## A faire compléter par le médecin de prévention de son département d’origine

|  |
| --- |
| NOM d’usage : …………………………………………… Prénom :……………………………………………NOM de famille : …………………………………………. Né(e) le :……………………………………………Adresse actuelle :………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………….. Affectation actuelle :………………………………………………………………………………………………. |
| Reconnaissance du handicap(RQTH): Oui NonVous Conjoint Enfant*Avez-vous obtenu la majoration de 800 points*? Oui Non*Autres ?* …………………………………………………………………………………………………………..Date d’effet ou date du dépôt de la demande pour les dossiers en cours d’instruction par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) : ……………………………………………………… |
| Raison médicale : | OuiVous | NonConjoint | Enfant |
| Date : ………………………………………Signature de l’intéressé(e) : |

**Partie réservée au Médecin de Prévention des Personnels du département d’origine du candidat à la mutation**

Le dossier médical :

relève de l’attribution d’une bonification au titre du handicap de :

**100points** **800points**

ne relève pas d’une bonification au titre du handicap mais d’un avis médical:

très prioritaire prioritaire

Observationséventuellessurl’opportunitédelamutationautitreduhandicapoudelaraisonmédicale

*(amélioration ou non sur la situation de la personne)* :……………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………..…..

……………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………..

Date : …………………………………………..

Signature et cachet du Médecin :

**ANNEXE 2**

**FORMULAIRE DE DEMANDE D’EXAMEN PARTICULIER AU TITRE D’UNE SITUATION SOCIALE**

*(UNIQUEMENT dans le cadre d’une demande d’INEAT en Ariège)*

## A faire compléter par l’assistante sociale de son département d’origine Enseignants formulant la demande de situation sociale particulière

|  |
| --- |
| NOM d’usage : …………………………………………… Prénom :……………………………………………NOM de famille : …………………………………………. Né(e) le :……………………………………………Adresse actuelle :………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………….. Affectation actuelle :………………………………………………………………………………………………. |
| Motif de la demande :……………………………………………………………………………………………...………………………………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Date : ………………………………………Signature de l’intéressé(e) : |

**Partie réservée à l’Assistant(e) du service social des personnels du département d’origine du candidat à la mutation**

La situation de l’enseignant :

Justifie un examen particulier: avis très prioritaire avis prioritaire

Ne justifie pas un examen particulier: avis défavorable.

Observations éventuelles sur l’opportunité de la mutation au titre d’une situation sociale *(amélioration ou non sur la situation de la personne)* :…………………………………………………………………………………………….……………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………..…..……

………………………………………………..……………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………..……………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………..……………………………………………………..

Date : …………………………………………..

Signature de l’Assistant(e) du service social :