

Année scolaire 2023-2024

DEMANDE DE PRIORITÉ MÉDICALE MOUVEMENT INTER-DEPARTEMENTAL

Mutation 1^{er} degré public rentrée scolaire 2023

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : _____ Corps/grade : _____
Affectation actuelle _____
Vœux : -
-
-

❶ Situation de santé :

- de l'agent : Est-il/elle bénéficiaire de l'obligation d'emploi ? oui non
A quel titre : RQTH ? oui non en cours

- du conjoint : Est-il/elle bénéficiaire de l'obligation d'emploi ? oui non
A quel titre : RQTH ? oui non en cours

- de l'enfant Est-il/elle handicapé(e) ? oui non
Si non, est-il/elle atteint(e) d'une maladie grave ? oui non

❷ La mutation permet-elle d'améliorer les conditions de vie de l'agent ?

oui
 non

Préciser les conditions d'amélioration (rapprochement du domicile, rapprochement d'un lieu de soin, niveau d'enseignement, accessibilité du lieu...) :

Joindre obligatoirement la notification de la RQTH (de l'agent ou du conjoint) ou pièces justifiant la situation de l'enfant et d'un pli confidentiel établi par le médecin traitant précisant la pathologie, les soins suivis et ce en quoi le rapprochement peut apporter une amélioration à la situation de l'agent.

Avis du médecin de prévention

Visa du médecin de prévention

Date : _____
Signature : _____

Transmission à (service gestionnaire) Hélène MAZIERES DSDEN de la Dordogne – DRHVE