



Montpellier, le 22 janvier 2014

L'Inspectrice d'académie
DASEN de l'Hérault

à

Mesdames et Messieurs les Instituteurs
et Professeurs des écoles
Actuellement en position de disponibilité
Pour Attribution

Mesdames et Messieurs les I.E.N
Pour information

Direction
départementale
des services de
l'Education
Nationale
de l'HERAULT

Direction des
ressources
humaines

Service
Commun des
personnels enseignants

Affaire suivie par
Déborah Lavaud-
Charrondièrre

Télécopie
04-30-63-65-91
courriel
ce.ia34sdp
@ac-montpellier.fr

DSDEN de l'Hérault
31, rue de l'Université
CS 39004
34064 Montpellier
cedex 2

Objet : - Demandes de renouvellement de disponibilité
- Demandes de réintégration après disponibilité

Ref : - Loi n°84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la
Fonction Publique de l'Etat (titre II du statut général).
- Décret n°85-986 du 16 septembre 1985 modifié portant sur le régime
particulier de certaines positions des fonctionnaires de l'Etat (art 44 et suivants).

PJ : 2

DATE LIMITE DE DEPOT DES DEMANDES
Le Lundi 11 Mars 2014 au plus tard
(date de réception à la DASEN de l'Hérault)

1 – DEMANDES DE RENOUVELLEMENT DE MISE EN DISPONIBILITE

Vous êtes en position de disponibilité durant l'année scolaire 2013/2014 et vous souhaitez en demander le renouvellement pour l'année 2014/2015,

➤ Il vous appartient de renseigner l'imprimé (annexe 1) et de le renvoyer au **Service Commun des Personnels Enseignants, 1^{er} Degré pour le 11 mars 2014, dernier délai.**

NB : si le motif est différent de celui qui a permis l'octroi l'an dernier de la mise en disponibilité, veuillez joindre, le cas échéant, les pièces justificatives.

2 – DEMANDES DE REINTEGRATION APRES DISPONIBILITE

Vous êtes actuellement en position de disponibilité et vous souhaitez reprendre vos fonctions au 1^{er} septembre 2014.

➤ Il vous appartient de renseigner l'imprimé (annexe 2) et de le renvoyer au **Service Commun des Personnels Enseignants, 1^{er} Degré pour le 11 mars 2014, dernier délai.**

NB : Je vous rappelle que dans le cadre d'une demande de réintégration vous devez impérativement participer au mouvement départemental.

TRES SIGNALE : Dans **tous les cas** de disponibilité **autres que pour suivre le conjoint en raison de sa profession**, la réintégration est subordonnée à la vérification par un médecin agréé, de l'aptitude physique du fonctionnaire à l'exercice des fonctions afférentes à son grade. Vous devez alors consulter un médecin agréé, (dont vous trouverez la liste sur le site de la Direction des services de l'éducation nationale) et retourner l'imprimé intitulé « certificat médical », joint à la présente circulaire.

Adresse de retour des documents :

**DSDEN de l'Hérault
SCPE 1^{er} degré
31, rue de l'Université
34064 MONTPELLIER CEDEX**

Pour le Directeur académique
des services de l'éducation nationale
D.S.D.E.N de l'Hérault
la Secrétaire générale
Adjointe au secrétaire général d'académie
chargée du département de l'Hérault

Martine BOLUIX

DEMANDE DE RENOUVELLEMENT DE MISE EN DISPONIBILITE

au titre de l'année scolaire 2014 - 2015

(décret n° 85-986 du 16 septembre 1985 modifié art. 44 et s.)

Je soussigné (e) : NOM – prénom :

date de naissance :

Grade, fonction :

Dernière affectation :

.....

.....

Adresse personnelle et numéro de téléphone :

.....

.....

Sollicite pour l'année scolaire 2014/2015 le renouvellement de ma disponibilité au titre de :

.....

.....

.....

Préciser le motif de la demande ainsi que le n° de l'article du décret afférent visé sur l'arrêté de mise en disponibilité qui vous a été notifié.

Pour les disponibilités autres que celle pour convenances personnelles **fournir à l'appui toutes pièces justificatives** : inscription dans un cycle d'études ou un laboratoire de recherches, certificat d'exercice dans une entreprise, attestation de lieu de travail du conjoint (qu'il s'agisse du même motif ou d'un motif différent de celui qui a permis l'octroi l'an dernier de la disponibilité)

A,le

Signature

DEMANDE DE REINTEGRATION

au titre de l'année scolaire 2014 - 2015

(décret n° 85-986 du 16 septembre 1985 modifié art. 44 et s.)

Je soussigné (e) : NOM – prénom :

Date de naissance :

Grade, fonction :

Dernière affectation :

Adresse personnelle et numéro de téléphone :

Sollicite pour l'année scolaire 2014/2015 ma réintégration après une mise en disponibilité au titre du motif de la disponibilité obtenue :

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

RAPPEL

Vous avez la possibilité d'opter :

- soit, pour une **réintégration conditionnelle** : dans cette hypothèse, si vous n'obtenez pas satisfaction sur les vœux que vous avez formulés, il ne sera pas donné suite à votre demande de réintégration,
- soit, pour une **réintégration inconditionnelle**, dans cette hypothèse, si vous n'obtenez pas satisfaction sur les vœux que vous avez formulés, vous bénéficierez d'une affectation d'office.

A, le

Signature :



MINISTÈRE DE
L'ÉDUCATION NATIONALE

MINISTÈRE DE
L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE

CONDITIONS D'APTITUDE

**Direction des services
départementaux de l'Education
Nationale
de l'HERAULT**

**Direction
des ressources humaines**

**Service Commun des Personnels
Enseignants
(SCPE)**

**Chef de bureau
1^{er} degré**

Deborah
LAVAUD-CHARRONDIÈRE

ce.ia34sdp@ac-montpellier.fr

**DSDEN de l'Hérault
31, rue de l'université
CS 39004
34064 Montpellier cedex 2**

- **POUR L'ADMISSION AUX EMPLOIS PUBLICS :**
(titre II – Article 20 du décret n° 86-442 du 14 Mars 1986)
- **POUR LA REINTEGRATION D'UN FONCTIONNAIRE EN DISPONIBILITE :**
(Article 49 du décret n°85-986 du 16 Septembre 1985)



« Nul ne peut être nommé ou réintégré dans un emploi public s'il ne produit à l'administration, à la date fixée par elle » :

- un certificat médical délivré par un praticien de médecine générale assermenté par la Direction Départementale de la Cohésion Sociale (DDCS) constatant que l'intéressé n'est atteint d'aucune maladie ou infirmité ou que les maladies ou infirmités constatées et qui doivent être indiquées au dossier médical de l'intéressé ne sont pas incompatibles avec l'exercice des fonctions postulées.

PJ : Certificat médical à faire remplir par un médecin généraliste agréé par l'administration

Vous trouverez la liste des médecins agréés par l'administration sur le site internet de la DDCS de l'Hérault ou de la DSDEN de l'Hérault:
<http://www.ac-montpellier.fr/ia34/>
Rubrique : Personnels du 1^{er} degré – Affaires médicales



MINISTÈRE DE
L'ÉDUCATION NATIONALE

MINISTÈRE DE
L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE

CERTIFICAT MEDICAL

A remettre à l'intéressé(e), qui le fera parvenir au bureau de gestion indiqué ci-contre, dans les plus brefs délais.

Je, soussigné, _____ médecin généraliste agréé

par la DDCS, certifie que M _____

- * n'est atteint d'aucune maladie ou infirmité
- * que les maladies ou infirmités constatées ne sont pas incompatibles avec l'exercice des fonctions administratives (voir nota).

Observations éventuelles (notamment opportunité d'un examen complémentaire par un médecin spécialiste agréé) :

Fait à _____ le _____
(Signature et cachet du praticien)

(*) Rayer la mention inutile
Nota : les maladies ou infirmités constatées doivent être indiquées au dossier médical de l'intéressé(e)

Direction des services
départementaux
de l'Éducation Nationale
de l'HERAULT

Direction
des ressources humaines

Service Commun des
Personnels Enseignants
(SCPE)

1^{er} degré

Courriel :
ce.ia34sdp@ac-montpellier.fr

DSDEN de l'Hérault
31, rue de l'université
CS 39004
34064 Montpellier cedex 2



Partie à détacher et à renvoyer par le médecin à :
DSDEN de l'Hérault – SCPE – 1^{er} DEGRE, 31 rue de l'université - CS 39004 - 34064 MONTPELLIER cedex 2

FICHE DE REMBOURSEMENT D'HONORAIRES

Je, soussigné, _____ médecin généraliste agréé,

demande le règlement de la somme de **23 euros** représentant le montant de mes honoraires pour examen de la personne désignée ci-dessous.

(Arrêté du 03.07.2007 fixant la rémunération des médecins agréés, généralistes et spécialistes visés par le décret n°86-442 du 14 mars 1986)

N° SIRET obligatoire (n° d'inscription à l'URSSAF) : _____

Fait à _____ le _____
(Signature et cachet du praticien)

Joindre impérativement un relevé d'identité bancaire ou postal

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE EXAMINEE	
NOM PATRONYMIQUE _____	PRENOM _____
NOM MARITAL _____	
GRADE _____	AFFECTATION _____
(à préciser obligatoirement)	