**Service Médical**

**RECTORAT**

Affaire suivie par :

Dr Valérie Tournois
Médecin du travail

Tél : 02.38.79.46.70

Dr Cécile Gruel

Médecin du travail

Tél : 02 38 79 46 72

Mél :  ce.medic@ac-orleans-tours.fr

21, rue de Saint-Etienne

45043 ORLEANS Cedex 1

**DOSSIER à CONSTITUER**

**à l’APPUI d’une DEMANDE de MUTATION**

**au titre du handicap -**

**RENTREE SCOLAIRE 2023**

***Dossier COMPLET par voie postale uniquement***

***à adresser au Dr Valérie Tournois - Médecin du travail***

***ou au Dr Cécile Gruel – Médecin du travail***

***Service médical***

***21 rue Saint-Étienne***

***45043 Orléans cedex 1***

***pour le 22 mai 2023 au plus tard***

Pièces à joindre :

* **La fiche de renseignements** dûment complétée
* **Une lettre** de demande de bonification explicitant les raisons justifiant votre ou vos vœu(x)
* **Un compte rendu médical** détaillé (historique de la maladie, traitement le cas échéant…) rédigé par votre médecin et adressé, sous pli confidentiel, directement à l’attention du Dr Valérie Tournois ou du Dr Cécile Gruel, Médecins du travail.
* **Un justificatif attestant du handicap** ou, à défaut, s’il s’agit d’une première demande, une preuve de dépôt de dossier délivrée par la Maison départementale des personnes handicapées
* **Tout justificatif** qui vous semble utile à l’étude de votre situation

**Fiche de renseignements**

NOM et Prénom : -----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Grade et/ou discipline : -----------------------------------------------------------------------------------------------------------

Date de naissance : ----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Adresse personnelle : -----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Téléphone : -------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Courrier électronique : ------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Notification de la MDPH (ex COTOREP) en date du : ----------------------------------------------------------------------

Avez-vous déjà obtenu une affectation ou une mutation pour raisons médicales ? --------------------------------------

Affectation 2022-2023 (nom et adresse de l’établissement ou de l’école) ----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

 stagiaire

 titulaire du poste

 titulaire remplaçant (établissement ou école de rattachement – fixe) ) -----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

 sans poste

 mise à disposition du recteur

 affectation provisoire à l’année (étab. ou école de rattachement – fixe) ) -------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Les raisons médicales invoquées concernent :

 l’intéressé (e)  son ou ses enfants  son conjoint

nombre d’enfants à charge et âge : ------------------------------------------------------------------------

profession du conjoint et lieu d’exercice : -----------------------------------------------------------------

VŒUX FORMULES AU MOUVEMENT :

Date et signature :