

NOTE DE RENSEIGNEMENT

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Situation de famille :

Profession du conjoint :

Nombre et âge des enfants à charge :

Adresse personnelle

.....

N° de téléphone

Adresse électronique (obligatoire) :

Affectation actuelle et date de nomination dans le poste actuel :

.....

Ancienneté générale de services :

Reconnaissance qualité de travailleur handicapé : Oui (fournir justificatif)

Non

DEMANDE D'AFFECTATION SUR UN POSTE ADAPTE

de courte durée

de longue durée

Année scolaire 2020/2021

• **Première demande :**

Oui

Non

Si non, indiquer l'emploi précédemment occupé, l'année et la durée :

.....

.....

POSTES SOUHAITES

Pédagogique :

Enseignement par correspondance

Autres

Administratif (dans les établissements ou services administratifs du département) :

CDI (Centres de documentation et d'information)

Secrétariat

Autres

Projet professionnel envisagé :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Avis circonstancié de l'IEN de circonscription :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

A, le

Signature :



Certificat médical confidentiel à compléter par le médecin traitant généraliste ou spécialiste du patient

réservé à l'usage exclusif du médecin conseiller technique ou du
médecin de prévention en faveur des personnels de l'académie de
Montpellier

document soumis au secret professionnel
article 226-13 du Code Pénal

Nom d'usage : Prénom :
Nom de naissance : Date de naissance :
Adresse :
.....
.....

Pathologie ayant justifié la reconnaissance du handicap :

Histoire de la ou des pathologies invalidantes :

Date de début des troubles :

Origine, circonstance d'apparition :

compte(s) rendu(s) joint(s) (préciser) :

Description clinique actuelle :

Evolution prévisible :

Traitements, prises en charge thérapeutiques :

Nature et durée des traitements en cours (préciser les contraintes liées aux traitements, les effets secondaires)

Prises en charge régulières :

- Hospitalisations itératives ou programmées
- Autres consultations médicales régulières, spécialisées ou non
- Autres prises en charge paramédicales régulières
- Autre (préciser)

Tout autre élément utile à l'examen de la demande du patient :

Certificat médical établi le :

Signature et cachet du médecin :

