académies Caen Rouen

RÉGION ACADÉMIQUE NORMANDIE

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE ET DE LA JEUNESSE

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR, DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION

Dossier de demande d'aménagement du poste de travail

IDENTITÉ

☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle

NOM : Prénom : NOM DE NAISSANCE :

Date de naissance :

Adresse personnelle : Code postal : Commune :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Adresse courriel :

SITUATION PROFESSIONNELLE

☐ Agent titulaire ou stagiaire de la fonction publique ☐ Agent contractuel de droit public en CDI

☐ Agent contractuel de droit public en CDD du au

☐ Accompagnant des élèves en situation de handicap (AESH)

☐ Emploi aidé précisez la nature du contrat (CUI-CAE, PEC) :

☐ Volontaire du service civique

Corps/grade : Discipline (le cas échéant) :

Établissement ou service :

Adresse : Commune :

Téléphone : Courriel :

Vous exercez vos fonctions : ☐ à temps complet ☐ à temps partiel ☐ à temps partiel thérapeutique

☐ à temps complet avec allégement de service ☐ à temps partiel avec allégement de service

Précisez la quotité de temps partiel :

CATÉGORIE DE BÉNÉFICIAIRE

Cochez la case correspondante pour indiquer votre catégorie de bénéficiaire et joignez la pièce justificative.

☐ Travailleur reconnu handicapé par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.

☐ Victime d'accident du travail ou de maladie professionnelle ayant entraîné une incapacité permanente au moins égale à 10% et titulaire d'une rente attribuée au titre du régime général de sécurité sociale ou de tout autre régime de protection sociale obligatoire.

☐ Titulaire d'une pension d'invalidité réduisant au moins des deux tiers la capacité de travail ou de gain.

☐ Ancien militaire et assimilé, titulaire d'une pension militaire d'invalidité au titre du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre.

☐ Titulaire d'une allocation ou d'une rente d'invalidité attribuée dans les conditions définies par la loi n° 91-1389 du 31 décembre relative à la protection sociale des sapeurs-pompiers.

☐ Titulaire de la carte d'invalidité (article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles).

☐ Titulaire de l'allocation adulte handicapé.

☐ Agent reconnu inapte à l'exercice des fonctions par le comité médical ou la commission de réforme.

☐ Agent reconnu apte à l'exercice des fonctions avec restrictions par le comité médical ou la commission de réforme.

☐ Agent en disponibilité d'office pour raisons de santé.

☐ Agent rencontrant des problèmes de santé de nature à réduire sa capacité de travail, n'entrant pas dans les catégories ci-

dessus (n'ayant pas fait l'objet d'une reconnaissance de travailleur handicapé ni d'un avis du comité médical).

Précisez la typologie de votre handicap (ces données resteront strictement confidentielles) :

☐ Visuel ☐ Moteur ☐ Auditif ☐ Maladie chronique invalidante ☐ Autre

NATURE DE LA DEMANDE

Aménagements du poste de travail

☐ Prothèses auditives ;
☐ Autres prothèses et orthèses ;
☐ Fauteuil roulant ;
☐ Transport adapté domicile/travail ;
☐ Transport adapté dans le cadre des activités professionnelles ;
☐ Aménagement du véhicule personnel ;
☐ Accès aux locaux professionnels ;
☐ Aménagements spécifiques de l'environnement de travail (mobilier adapté, bureautique...) ;
☐ Prestation ponctuelle spécifique (étude préalable à l'aménagement du poste de travail)
☐ Télétravail ;
☐ Auxiliaire dans le cadre des actes quotidiens de la vie professionnelle ;
☐ Auxiliaire dans le cadre des actes professionnels ;
☐ Interprète en langue des signes, codeur, transcripteur, visio-interprétation en LSF ;
☐ Bilan de compétence, prestation spécifique d'orientation professionnelle ;
☐ Formation destinée à compenser le handicap ;
☐ Formation dans le cadre d'un reclassement ou d'une reconversion professionnelle pour raison de santé.

Précisez votre demande :
Description des matériels, équipements ou autres aménagements demandés :

Aménagement de l'emploi du temps
Cette aide ne peut pas être attribuée aux personnels enseignants du premier degré, les horaires d'entrée et sortie des écoles n'étant pas aménageables.

Précisez l'aménagement souhaité :

Allègement des horaires de travail (personnels enseignants)

Bénéficiez-vous déjà d'un allégement de service ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, précisez le nombre d'heures ou de demi-journées hebdomadaires :

Souhaitez-vous un allégement de service pour la rentrée prochaine ?

Nombre d'heures d'allégement souhaité (enseignant du second degré) :

☐ 2 heures ☐ 3 heures ☐ 4 heures ☐ 5 heures ☐ 6 heures

Nombre de demi-journées d'allégement souhaité (enseignant du premier degré)

☐ 1 demi-journée ☐ 2 demi-journées

Pour la pathologie en cours, bénéficiez-vous ou avez-vous bénéficié :

☐ d'un CLM Nombre de mois

☐ d'un CLD Nombre de mois

☐ d'un temps partiel thérapeutique Nombre de mois Quotité

Précisez votre ou vos demandes en explicitant en quoi elles sont de nature à favoriser l'exercice de vos fonctions dans des conditions compatibles avec votre handicap et / ou votre état de santé. (Joindre si vous le souhaitez une lettre sur papier libre.)

Fait à : Le :

Signature du demandeur :

Visa et avis du supérieur hiérarchique :

Fait à : Le :

Signature :

DOCUMENTS A JOINDRE

☐ Justificatif de reconnaissance du handicap
☐ Attestation d'attribution ou de non-attribution de la prestation de compensation du handicap notifiée par la MDPH *(Ce document est obligatoire pour les demandes de prothèses auditives, autres prothèses, fauteuil roulant, transports adaptés et aménagements de véhicule)*
☐ Copie du contrat pour les personnels en contrat aidé
☐ Certificats et documents médicaux destinés au médecin de prévention qui formulera un avis sur votre demande (ne sont pas nécessaires pour une demande de temps partiel de droit)
☐ Devis concernant le matériel ou la prestation demandés (il peut s'agir de copies de pages internet faisant apparaître le descriptif et le prix)
Pour les demandes de prothèses auditives
☐ Devis d'audioprothésiste indiquant les montants pris en charge par la sécurité sociale et par la mutuelle

TRANSMISSION DU DOSSIER

Le formulaire complété, ainsi que les pièces justificatives, seront transmis au correspondant handicap des académies de Caen et de Rouen : correspondant-handicap@ac-caen.fr
Afin de faciliter le traitement de la demande, il est demandé de privilégier l'envoi par courriel à l'adresse ci-dessus. Les pièces médicales peuvent être envoyées de la même manière. Elles seront conservées uniquement au niveau du correspondant handicap et du service de médecine de prévention, et ne seront en aucun cas transférées à un autre service. En cas d'impossibilité d'envoi par courriel ou si l'agent préfère adresser ses documents médicaux sous pli fermé, l'adresse postale est la suivante : Correspondant handicap, rectorat de l'académie de Caen, 168 rue Caponière, B.P. 46184, 14061 Caen cedex.
Le dossier sera ensuite transmis par le correspondant handicap au médecin de prévention.
En cas d'avis favorable du médecin, le dossier sera transmis au service compétent pour la mise en œuvre des mesures d'aménagement prescrites.

CALENDRIER DE DÉPÔT DES DEMANDES

Aménagement du poste de travail	À tout moment
Aménagement de l'emploi du temps	**Avant la fin du mois de mai de l'année scolaire en cours** pour la rentrée suivante.
Allégement de service	**Avant la fin du mois de février de l'année scolaire en cours** pour mise en place à la rentrée scolaire suivante.

ENVOI DES DEMANDES

Par courriel à correspondant-handicap@ac-caen.fr
Par courrier à Correspondant handicap, rectorat de l'académie de Caen, 168 rue Caponière, B.P. 46184, 14061 CAEN cedex