|  |  |
| --- | --- |
|  | Mouvement intra-départemental 2023 des enseignants du 1er degré de la Marne |

Annexe 1a – Imprimé pour les demandes de traitement en cas particulier au titre d’une situation médicale grave

**Document à faire parvenir avant le vendredi 13 janvier 2023 accompagné des pièces justificatives (\*), *SOUS PLI CONFIDENTIEL* à la DSDEN de la Marne – Division des personnels – Cité administrative Tirlet – 51036 CHALONS EN CHAMPAGNE CEDEX**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | Prénom : |
| Date de naissance : | Situation familiale : |
| Affectation actuelle : |
| N° de téléphone (pour prise de contact) |  |

Demande effectuée au titre de (rayez les mentions inutiles) :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| l’agent | le conjoint | l’enfant |

|  |  |
| --- | --- |
| Reconnaissance handicap : 🞏 Oui 🞏 Non | Date de validité : |

Date et signature :

(\*) lettre explicitant votre demande en lien avec la situation de santé, éventuellement attestation de reconnaissance du handicap, tous documents prouvant que la mutation améliorera les conditions de vie de la personne, certificats médicaux récents

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Avis du médecin de prévention :

|  |  |
| --- | --- |
| 🞏 Favorable  | 🞏 Défavorable  |
| 🞏 Demande incomplète qui ne permet pas au médecin de donner un avis  |

Observations éventuelles :

Date et signature

|  |  |
| --- | --- |
|  | Mouvement intra-départemental 2023 des enseignants du 1er degré de la Marne |

Annexe 2a – Imprimé pour les demandes de traitement en cas particulier au titre d’une situation sociale grave – A transmettre avant le vendredi 13 janvier 2023 à la division des personnels de la DSDEN en accompagnement de votre demande qui devra être mise sous pli confidentiel

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | Prénom : |
| Date de naissance : | Situation familiale : |
| Affectation actuelle : |
| N° de téléphone (pour prise de contact) |  |

Date et signature :

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Avis du service social :

Favorable 🞏

Défavorable 🞏

Observations éventuelles :

Date et signature

|  |  |
| --- | --- |
|  | Mouvement intra-départemental 2023 des enseignants du 1er degré de la Marne |

Annexe 2b – Imprimé pour les demandes de traitement en cas particulier au titre d’une situation sociale grave – Document à l’intention des assistantes sociales à joindre à votre demande sous pli confidentiel

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | Prénom : |
| Date de naissance : | Situation familiale : |
| Affectation actuelle : |
| N° de téléphone (pour prise de contact) |  |

Demande effectuée au titre de (cocher la case correspondant à la demande) :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Situations des personnels et/ou de leurs enfants, victimes de sévices ou menaces graves dans leur vie privée (documents officiels :dépôt de plainte, police, justice) | 🞏 |  | Décès brutal du conjoint et jeunes enfants à charge (l’avis prioritaire permettrait un rapprochement du domicile et une meilleure prise en charge des enfants) | 🞏 |
| Situation financière très dégradée, nécessitant l’intervention de la commission de surendettement (justificatif) | 🞏 |  | Ascendants : Lorsque les ascendants sont très âgés, dépendants et ne disposent que de faibles ressources, et que le rapprochement du demandeur, (uniquement dans le cas de figure où il est enfant unique) considéré comme proche aidant (demander le plan d’aide établi par le conseil départemental) évite un placement en EHPAD | 🞏 |

Date et signature :

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Exposé de la situation :

|  |  |
| --- | --- |
|  | Mouvement intra-départemental 2023 des enseignants du 1er degré de la Marne |

Annexe 3 – Imprimé de demande de la bonification de points au barème pour les situations de handicap

**Document à faire parvenir avant le vendredi 13 janvier 2023 accompagné des pièces justificatives (\*), *SOUS PLI CONFIDENTIEL* à la DSDEN de la Marne – Division des personnels – Cité administrative Tirlet – 51036 CHALONS EN CHAMPAGNE CEDEX**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | Prénom : |
| Date de naissance : | Situation familiale : |
| Affectation actuelle : |
| N° de téléphone (pour prise de contact) |  |

Demande effectuée au titre de (rayez les mentions inutiles) :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| l’agent | le conjoint | l’enfant |

|  |  |
| --- | --- |
| Reconnaissance handicap : 🞏 Oui 🞏 Non | Date de validité : |

Date et signature :

(\*) lettre explicitant votre demande en lien avec la situation de santé, attestation de reconnaissance du handicap obligatoire pour le conjoint, tous documents prouvant que la mutation améliorera les conditions de vie de la personne handicapée, certificats médicaux récents

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Avis du médecin de prévention :

|  |  |
| --- | --- |
| 🞏 Favorable  | 🞏 Défavorable  |
| 🞏 Demande incomplète qui ne permet pas au médecin de donner un avis  |

Observations éventuelles :

Date et signature