



Mouvement intra-départemental 2019 des enseignants du 1^{er} degré de la Marne

Annexe I a – Imprimé pour les demandes de traitement en cas particulier au titre du handicap ou d'une situation médicale grave

Document à faire parvenir avant le 22 février 2019 accompagné des pièces justificatives (*), sous pli confidentiel à la DSDEN de la Marne – Division des personnels – Cité administrative Tirllet – 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, 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