

**MOUVEMENT INTERDEPARTEMENTAL DES ENSEIGNANTS DU 1^{ER} DEGRE
DEMANDE DE PRISE EN COMPTE DU HANDICAP OU D'UNE SITUATION MEDICALE GRAVE
FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

NOM : _____

NOM de naissance : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Grade : _____

stagiaire

titulaire d'un poste fixe

titulaire exerçant des fonctions de remplacement

autre situation (à préciser) _____

AFFECTATION ACTUELLE :

MODALITE :

_____ Définitive

_____ Provisoire

ADRESSE PERSONNELLE :

N° de téléphone (pour prise de contact par le médecin) : _____

SITUATION FAMILIALE SUCCINCTE :

PROFESSION DU CONJOINT : _____

LIEU D'EXERCICE DU CONJOINT : _____

NOMBRE D'ENFANTS A CHARGE :

VŒUX D'AFFECTATION :

ETAT DES CONGES DE MALADIE DE L'ANNEE EN COURS :

