

MOUVEMENT INTERDEPARTEMENTAL PHASE COMPLEMENTAIRE – Rentrée scolaire 2022

**DEMANDE D'APPUI MEDICAL OU SOCIAL** à joindre au dossier d'EXEATAucune transmission directe aux services médicaux ou sociaux ne sera prise en compteDates limites de retour en circonscription **vendredi 8 avril 2022** à la DSDEN le **mardi 3 mai 2022**

**Si vous avez déjà obtenu des points de majorations lors de la phase informatique, la majoration est tacitement reconduite pour la phase complémentaire**

**LE CANDIDAT (enseignant relevant de la DSDEN du Nord)**

Nom d'usage / nom de naissance – Prénom : .....

Né(e) le ..... / ..... / ..... à : ..... département : .....

Adresse personnelle : .....

Courriel académique : ..... @ac-lille.fr

Circonscription de rattachement (uniquement Département du Nord) : .....

Participation à la phase informatique du mouvement :  oui  non si oui : barème : ..... pointsSollicite une demande et un appui pour **SITUATION SOCIALE** (cocher la ou les cases correspondantes) :**1 –  AU TITRE DE L'AUTORITE PARENTALE CONJOINTE (APC)**

Nom du père ou de la mère : .....

Adresse domicile du père ou de la mère : .....

*NB : Les justificatifs doivent être récents sauf si la bonification a été accordée lors de la phase informatique***2 –  AU TITRE D'UNE SITUATION DE PARENT ISOLE***NB : Cette bonification n'est pas cumulable avec les bonifications attribuées au titre du rapprochement de conjoint, de l'autorité parentale conjointe ou des vœux liés.***3 –  AU TITRE D'UNE AUTRE SITUATION SOCIALE***NB : Les justificatifs de la demande sont à fournir obligatoirement pour prise en compte du dossier*Sollicite une demande et un appui pour **SITUATION MÉDICALE** (cocher la ou les cases correspondantes) :**4 –  AU TITRE DU HANDICAP** Candidat titulaire de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)

date de début : ..... / ..... / ..... date de fin : ..... / ..... / .....

 Candidat ayant demandé la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)

date de dépôt : ..... / ..... / .....

 Conjoint (marié ou partenaire de PACS) handicapé Enfant(s) handicapé(s) ou non handicapé(s) présentant une pathologie nécessitant des soins spécifiques

Nom et prénom, suivis de la date de naissance

Enfant ..... Né(e) le ..... / ..... / .....

Enfant ..... Né(e) le ..... / ..... / .....

*NB : Les justificatifs de la demande sont à fournir sous pli cacheté pour le service médical***(Aucun justificatif n'est à joindre si la majoration de barème a été accordée lors de la phase informatique)****5 –  AU TITRE D'UNE SITUATION MEDICALE NE RELEVANT PAS DU HANDICAP***NB : Les justificatifs de la demande sont à fournir sous pli cacheté pour le service médical***CERTIFIE EXACT :**

à ..... le .....

(signature suivie du nom du candidat)