

DEMANDE DE MUTATION AU TITRE DU HANDICAP

DOSSIER MEDICAL

1^{er} degré Mutation intra 14 50 61
2nd degré Mutation inter
ATSS

Nom d'usage : _____ Nom de famille : _____
Prénom : _____ Date de naissance : [][][][][][][][][]
Situation familiale : Célibataire Marié(e) Concubinage Veuf(ve) Pacsé(e) Séparé(e)
Nombre d'enfants à charge : [][]
Lieu de résidence : _____ Département : _____

Etablissement d'affectation : _____
Adresse : _____ Département : _____
A titre provisoire définitif Depuis : _____
Distance domicile-travail : _____ kms Durée du trajet domicile-travail : _____ min

Corps/Fonction : _____ Discipline : _____
Situation statutaire : titulaire contractuel Depuis(année) : [][][][] stagiaire
Situation administrative : en activité en congé maladie : CMO CLM autre : _____
Reconnaissance en Qualité de Travailleur Handicapé (MDPH) : oui non en cours

ÉLÉMENTS A TRANSMETTRE :

- ✓ Certificat médical détaillé et récent (nature et histoire de la maladie, traitements en cours, perspectives d'évolution)
- ✓ Un courrier détaillé expliquant les difficultés rencontrées, le retentissement professionnel et le bénéfice attendu d'une mutation : rapprochement lieu de soins, domicile...
- ✓ Photocopie des pièces médicales récentes (compte-rendu d'examen ou d'intervention chirurgicale, interprétation d'imagerie médicale, ...)
- ✓ Photocopie de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) en cours ou accusé réception du dépôt du dossier délivré par la MDPH de votre département.

Ce dossier complet sera à envoyer à l'adresse suivante :

**Rectorat de l'Académie de Caen - Service médical des personnels
à l'attention du Dr DUJARDIN - 168 rue Caponière - 14061 CAEN CEDEX**

Votre demande sera étudiée par le médecin, l'avis médical sera transmis exclusivement à votre service gestionnaire qui vous adressera une réponse à l'issue des commissions.