



ACADÉMIE DE LILLE

*Liberté
Égalité
Fraternité*

ANNEXE 2 : FORMULAIRE DE DEMANDE D'AMÉNAGEMENT ORGANISATIONNEL

ANNEE SCOLAIRE 2021-2022

Le chef de service sur justificatif du médecin traitant met en œuvre la mesure d'aménagement de poste de travail organisationnel dans la limite des contraintes de service

NOM :	Prénom :
Date de naissance :	Discipline/Corps/Grade :
Grade :	Etablissement de rattachement (pour les TZR et ZIL) :
Affectation actuelle :	
Avez-vous la RQTH (Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé) ? : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Non	
Adresse personnelle :	Téléphone : Email :

NATURE DE LA DEMANDE : (préciser)

Date :

Fait à _____, le

Nom et signature du supérieur hiérarchique :

Signature de l'intéressé(e) :

(Cachet de l'établissement)

Avis du supérieur hiérarchique direct de l'agent (uniquement sur l'aspect mise en œuvre de la mesure d'aménagement)

Ce formulaire est à remonter au correspondant handicap académique pour information