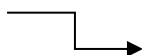




**ACADÉMIE  
DE LILLE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

Document à renvoyer au



**Rectorat de l'Académie de Lille  
Direction des Ressources Humaines  
144, rue de Bavay  
BP 709  
59033 Lille Cedex**

Dossier suivi par : Mickaël BUFFARD  
Correspondant Handicap Académique  
Tél. 03 20 15 94 24  
Mél : [correspondant-handicap@ac-lille.fr](mailto:correspondant-handicap@ac-lille.fr)

**ANNEXE 1 : FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT, DE  
MAINTIEN DANS L'EMPLOI OU DE RECONVERSION PROFESSIONNELLE  
ANNEE SCOLAIRE 2021-2022**

**INFORMATIONS ADMINISTRATIVES**

|   |                           |                 |
|---|---------------------------|-----------------|
| <b>NOM :</b>  | <b>NOM DE NAISSANCE :</b> | <b>Prénom :</b> |
| Adresse personnelle :   |                           |                 |
| Téléphone :   | Courriel :                |                 |
| Date de naissance :   | Corps/Grade/Discipline :  | Poste occupé :  |
| Situation professionnelle :<br><input type="checkbox"/> Titulaire <input type="checkbox"/> Stagiaire <input type="checkbox"/> Contractuel<br><input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel<br><br>Position administrative au jour de la demande:<br><input type="checkbox"/> Activité <input type="checkbox"/> Congé Ordinaire de Maladie<br><input type="checkbox"/> Congé Longue Maladie <input type="checkbox"/> Congé Longue Durée<br><input type="checkbox"/> Congé Grave Maladie <input type="checkbox"/> Disponibilité d'Office<br><input type="checkbox"/> Poste Adapté de Courte Durée<br><input type="checkbox"/> Poste Adapté de Longue Durée<br><input type="checkbox"/> Temps Partiel Thérapeutique<br><input type="checkbox"/> Accident de Travail<br><input type="checkbox"/> Autre situation (Précisez) |                           |                 |
| Adresse d'affectation :   |                           |                 |
| <b>Avez-vous la RQTH ? (Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé)</b> <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> Oui (précisez les dates) <input type="checkbox"/> date de début :      date de fin :<br><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Demande en cours  |                           |                 |
| Autres justificatifs BOE Carte d'Invalidité <input type="checkbox"/> Titulaire AAH <input type="checkbox"/>   |                           |                 |
| <b>PCH (Prestation de compensation du handicap)</b><br><input type="checkbox"/> Accordée <input type="checkbox"/> Refusée   |                           |                 |
| <b>PCH (accord ou refus) obligatoire dans le cadre des demandes pour :</b><br><input type="checkbox"/> Appareillage auditif <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Prise en charge taxi domicile/travail<br><input type="checkbox"/> Aménagement du véhicule  |                           |                 |

**NATURE DE LA DEMANDE :** (cocher la ou les cases correspondantes)

Besoin d'aménagement matériel

Appareillage auditif (hors accessoires, sauf s'ils sont utilisés dans le cadre professionnel)

Siège/mobilier ergonomique

Fauteuil roulant manuel/électrique

Matériel basse vision (préciser).....

Prise en charge du transport domicile/travail par handipole ou taxi

Aménagement du véhicule (préciser).....

Autre type d'aménagement (préciser).....

Besoin d'assistance humaine (l'accompagnement est assuré par un APSH (Accompagnant d'un Personnel en Situation de Handicap))

Avez-vous bénéficié d'un aménagement pour l'année scolaire en cours? Si oui, lequel? Pour une assistance humaine, merci de faire figurer son nom ainsi que sa quotité horaire.....

Formation de reconversion professionnelle

La formation doit avoir pour objectif la reconversion professionnelle dans le secteur public uniquement

Préparation concours

La préparation concours doit permettre à l'agent de se mettre en conditions en vue du passage des épreuves de concours dans la Fonction Publique mais ne doit pas concerner un développement de compétences (exemple : un certifié sollicitant la préparation à l'agrégation)

Bilan de compétences

Le bilan de compétences doit permettre au demandeur de faire un point sur ses potentialités professionnelles pour la suite de son parcours, en vue d'un projet de vie réaliste et réalisable. L'objectif est d'évaluer ses capacités et ses freins de santé pour l'aider à se maintenir dans son emploi, avec éventuellement un aménagement de poste, ou l'orienter sur un projet de reclassement interne ou externe adapté à sa situation

**NATURE DE LA DEMANDE** : (cocher la ou les cases correspondantes)

Avez-vous rencontré un Conseiller Ressources Humaines de Proximité (CRHP) ?  
Si oui, à quelle date ?

Date : Fait à \_\_\_\_\_ , le

VISA (Nom et signature du supérieur hiérarchique) :

Signature de l'intéressé(e) :

(Cachet de l'établissement)

# CONSTITUTION DES DOSSIERS DE DEMANDE D'AMENAGEMENT

## DU POSTE DE TRAVAIL : PIECES A FOURNIR.

| Type d'Aménagement  | Détail des Aménagements demandés  | Pièces complémentaires à joindre obligatoirement au :<br>" Formulaire de demande d'accompagnement, de maintien dans l'emploi ou de reconversion professionnelle" | Pièces fournies. | Réception des pièces demandées. |
|---|---|--|------------------|---------------------------------|
| Aménagement Matériel  | Appareillage Auditif  | RQTH en cours de validité ou autre justificatif de la qualité de Bénéficiaire de l'Obligation d'Emploi   |                  |                                 |
|   |   | Octroi ou Rejet de la PCH (Prestation de Compensation du Handicap) à demander à la MDPH de votre Département   |                  |                                 |
|   |   | Ordonnance prescrivant les prothèses auditives (Pour un 1er appareillage, ordonnance de l'ORL; pour un renouvellement, ordonnance du médecin traitant).          |                  |                                 |
|   |   | Audiogramme récent   |                  |                                 |
|   |   | Deux devis de deux audioprothésistes différents.   |                  |                                 |
|   |   | Attestation du montant de la prise en charge de la Mutuelle (si, Mutuelle autre que la MGEN).  |                  |                                 |
|   | Mobilier Ergonomique (siège, bureau ...)  | RQTH en cours de validité ou autre justificatif de la qualité de Bénéficiaire de l'Obligation d'Emploi   |                  |                                 |
|   |   | La référence des matériels est à rechercher sur le site : <a href="https://www.ugap.fr">https://www.ugap.fr</a>  |                  |                                 |
|   | Fauteuil Roulant (manuel ou électrique)   | RQTH en cours de validité ou autre justificatif de la qualité de Bénéficiaire de l'Obligation d'Emploi   |                  |                                 |
|   |   | Octroi ou Rejet de la PCH (Prestation de Compensation du Handicap) à demander à la MDPH de votre Département   |                  |                                 |
|   |   | Devis du fauteuil roulant avec le montant de la prise en charge de la Sécurité Sociale.  |                  |                                 |
|   | Aménagement du Véhicule   | RQTH en cours de validité ou autre justificatif de la qualité de Bénéficiaire de l'Obligation d'Emploi   |                  |                                 |
|   |   | Octroi ou Rejet de la PCH (Prestation de Compensation du Handicap) à demander à la MDPH de votre Département.  |                  |                                 |
|   |   | Devis émanant de fournisseurs spécialisés.   |                  |                                 |
| Matériel Basse Vision   | RQTH en cours de validité ou autre justificatif de la qualité de Bénéficiaire de l'Obligation d'Emploi  |  |                  |                                 |
|   | Devis émanant de fournisseurs spécialisés.  |  |                  |                                 |
| Prise en charge du Transport par Handipole ou Taxi (Trajets Domicile-Travail)       | RQTH en cours de validité ou autre justificatif de la qualité de Bénéficiaire de l'Obligation d'Emploi  |  |                  |                                 |
|   | Octroi ou Rejet de la PCH (Prestation de Compensation du Handicap) à demander à la MDPH de votre Département (demander la PCH Aide Technique : Transport Domicile-Travail). |  |                  |                                 |
| Autre type d'Aménagement (ordinateur, souris ergonomique, TBI, vidéoprojecteur ...) | RQTH en cours de validité ou autre justificatif de la qualité de Bénéficiaire de l'Obligation d'Emploi  |  |                  |                                 |
|   | La référence des matériels est à rechercher sur le site : <a href="https://www.ugap.fr">https://www.ugap.fr</a>   |  |                  |                                 |
| Assistance Humaine  | Mise à disposition d'un APSH (Accompagnant Personnel en Situation de Handicap)  | RQTH en cours de validité ou autre justificatif de la qualité de Bénéficiaire de l'Obligation d'Emploi   |                  |                                 |
| Aménagement Immatériel  | Formation   | RQTH en cours de validité ou autre justificatif de la qualité de Bénéficiaire de l'Obligation d'Emploi   |                  |                                 |
|   |   | Devis de la formation envisagée.   |                  |                                 |
|   | Bilan de Compétences  | RQTH en cours de validité ou autre justificatif de la qualité de Bénéficiaire de l'Obligation d'Emploi   |                  |                                 |
|   |   | Devis de l'Organisme   |                  |                                 |
| Préparation Concours  | RQTH en cours de validité ou autre justificatif de la qualité de Bénéficiaire de l'Obligation d'Emploi  |  |                  |                                 |
|   | Descriptif et devis du concours envisagé  |  |                  |                                 |

Zone réservée à l'Administration lors du traitement du dossier