

**IMPRIME DE DEMANDE D'AMENAGEMENT DU POSTE DE
TRAVAIL
Pour l'année scolaire 2020-2021**

NOM :	Prénom :
Date de naissance :	Corps – Grade d'appartenance :
Discipline et/ou fonctions occupées :	Pour les agents affectés comme remplaçant à Paris durant l'année scolaire 2019-2020 : Coordonnées complètes (nom et adresse) de votre établissement / circonscription de rattachement administratif :
Coordonnées complètes (nom et adresse) de votre établissement/école d'affectation actuelle :	
Pour les agents affectés à Paris à la rentrée scolaire 2020 Académie et établissement/école d'origine :	
Avez-vous une reconnaissance de handicap ? : <input type="checkbox"/> Oui (précisez) RQTH <input type="checkbox"/> Invalidité <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Dates de validité de cette reconnaissance : _____/_____/20_____ <input type="checkbox"/> Dépôt en cours - Date de l'accusé réception de la demande par la MDPH: <input type="checkbox"/> Non je ne suis pas titulaire d'une reconnaissance	
Adresse personnelle actuelle :	Téléphone :
Rue :	_____/_____/_____/_____/_____
CP :	Email :
Ville :@.....

Nom – Prénom de l'agent : _____

DEMANDE D'AMENAGEMENT DE POSTE
POUR L'ANNEE SCOLAIRE 2020-2021

Allègement de service :

- Pour le 2nd degré, précisez le nombre d'heures demandées par semaine : _____ heures
- Pour le 1^e degré uniquement indiquer le jour demandé :
 - Lundi
 - Mardi + un mercredi sur 2 (semaine paire)
 - Jeudi
 - Vendredi + un mercredi sur 2 (semaine impaire)

Aménagement de l'emploi du temps : (précisez)

Aménagement des horaires : (précisez)

Salle adaptée et/ou équipement spécifique adapté : (précisez)

Aide humaine : précisez en quoi l'aide humaine vous sera utile dans votre exercice professionnel
Si vous avez bénéficié déjà d'une aide humaine, précisez la quotité horaire hebdomadaire et le nom de l'assistant actuel.

Autres demandes :

Avez-vous bénéficié d'aménagement pour l'année scolaire en cours ? Si oui, lesquels ?

Bénéficiez-vous actuellement d'un temps partiel thérapeutique ?

- oui - du _____ au _____
- non

Autre temps partiel (précisez) : _____

Date :

Fait à _____, le _____

Nom et signature du supérieur hiérarchique :

Signature de l'intéressé(e) :

Cachet de l'établissement :