

MOUVEMENT INTRA-ACADEMIQUE 2010- SITUATION DE HANDICAP

**A renvoyer à la DPE
Pour le 12 avril 2010 au plus
tard**

NOM - Prénom :

NOM de jeune fille:

Né(e) le :

Corps – Discipline ou spécialité :

Poste ou situation actuelle :

(préciser ci-dessous la situation de l'intéressé (e))

 Stagiaire ☐ Titulaire du poste ☐ Titulaire remplaçant ☐ Affectation à titre provisoire auprès du recteur ☐ Autres situations (à préciser) ☐

Adresse – téléphone :

Situation familiale :

Profession du conjoint :

Nombre d'enfants à charge :

Age des enfants :

 Situation de handicap concernant ☐ l'agent lui-même ☐ son enfant ☐ son conjoint

 Date de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH/COTOREP) ou de dépôt d'un dossier auprès de la MDPH :

Rang de vœu	Vœu du candidat	Prioritaire à remplir par le médecin		Motivation de la priorité (à remplir par les conseillers techniques du recteur : médecin et assistante sociale)
1		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
2		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
3		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
4		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
5		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
6		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
7		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
8		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
9		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
10		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
11		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
12		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
13		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
14		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
15		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
16		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
17		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
18		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
19		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
20		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	