

**Demande de réaffectation sur l'établissement d'origine suite à
une mesure de carte scolaire au titre de la rentrée scolaire 2024**

☞ Ce document est réservé aux personnels touchés par une mesure de carte scolaire à la rentrée **2024**

Nom :

Prénom :

Grade : Agrégé Certifié PLP PEPS PSYEN

Discipline :

Fait l'objet d'une mesure de carte scolaire dans l'établissement ou la zone de remplacement :

Affectation en établissement :

Code établissement : Libellé :

Affectation en zone de remplacement :

Code de la zone : Libellé :

Souhaite être affecté(e) au plus proche de mon établissement d'origine **dans le département** correspondant à cette affectation, puis en l'absence d'affectation envisageable, dans les départements limitrophes

*Mes vœux obligatoires de mesure de carte scolaire seront : ETB – COM – **DPT** – ACA*

Souhaite être affecté(e) au plus proche de mon établissement d'origine **sans tenir compte des limites départementales**

Mes vœux obligatoires de mesure de carte scolaire seront : ETB – COM – ACA

Fait à

Le

Signature de l'intéressé(e) :