



**SERVICE DU 1er DEGRE**  
**Bureau de la gestion collective**

**MOUVEMENT DEPARTEMENTAL - Rentrée Scolaire 2025**

**Fiche de renseignements à compléter par l'intéressé(e) pour une  
DEMANDE DE PRISE EN COMPTE DU HANDICAP  
OU DES RAISONS MÉDICALES GRAVES**

M., Mme (barrer la mention inutile)

NOM : ..... NOM D'USAGE : .....

PRENOM : ..... DATE DE NAISSANCE : .....

GRADE : .....

stagiaire  titulaire d'un poste fixe

titulaire exerçant des fonctions de remplacement  autre situation (à préciser)

AFFECTATION ACTUELLE : ..... MODALITE :  
..... Définitive   
..... Provisoire

ADRESSE PERSONNELLE :  
.....  
.....

N° téléphone personnel : ..... N° téléphone professionnel : .....

Adresse électronique professionnelle : .....@ac-nancy-metz.fr

SITUATION FAMILIALE SUCCINCTE : .....

PROFESSION DU CONJOINT : .....

LIEU D'EXERCICE DU CONJOINT : .....

NOMBRE D'ENFANTS A CHARGE DE MOINS DE 20 ANS au 1<sup>er</sup> septembre 2025 ou HANDICAPÉ :  
.....

VŒUX D'AFFECTATION (zones géographiques) :  
.....  
.....

ETAT DES CONGES DE MALADIE DE L'ANNEE EN COURS :  
-.....  
-.....  
-.....  
-.....

CETTE DEMANDE DE PRISE EN COMPTE DU HANDICAP OU DES RAISONS MEDICALES  
GRAVES CONCERNE :  
Vous-même  Votre conjoint  Un enfant à charge

ETES-VOUS BENEFICIAIRE DE L'OBLIGATION D'EMPLOI ?  
Vous-même OUI  (1) NON   
Votre conjoint OUI  (1) NON

(1) joindre la pièce justificative correspondante (exemple : notification de RQTH)

Date et signature du demandeur :