

DSDEN55 / SG / DPE

MOUVEMENT 2020 - ANNEXE I

Demande de priorité :
- au titre du handicap
- pour raisons médicales graves

Réf. : - Loi du 11 février 2005 - Article 2
- Note de service n° 2019-163 du 13/11/2019
- Article D322-1 du Code de la Sécurité Sociale

Le dossier doit être constitué des pièces suivantes :

- ◆ une lettre de l'intéressé(e) motivant sa demande de changement de poste :
 - elle doit expliquer la situation de façon détaillée
 - concernant le conjoint, elle doit expliquer en quoi la présence de l'intéressé(e) est nécessaire ; s'il s'agit d'une tierce personne, joindre la notification du tribunal
 - concernant un enfant, elle doit expliquer en quoi la présence de l'intéressé(e) est nécessaire, préciser si l'enfant est scolarisé dans une structure particulière et les types et modalités de prise en charge : fréquence, contraintes pour les parents, autres (joindre une attestation de la CDA le cas échéant)
→ les pièces médicales concernant un enfant non reconnu handicapé mais souffrant d'une maladie grave peuvent être prises en compte.
- ◆ la fiche de renseignements ci-dessous complétée et faisant apparaître le numéro de téléphone du domicile et du lieu de travail afin que le service médical puisse joindre les intéressés.

Au titre du handicap :

- ◆ la pièce attestant que l'enseignant ou son conjoint rentre dans le champ du bénéfice de l'obligation d'emploi (ou la preuve du dépôt de la demande auprès de la MDPH).

Pour raisons médicales graves :

- ◆ un certificat médical récent, détaillé et signé, sous pli confidentiel, destiné au médecin de prévention.
Il doit contenir :
 - le(s) nom(s) de(s) la pathologie(s) en cause ;
 - la date de début de la maladie ;
 - les traitements en cours (et la date d'arrêt éventuel) ;
 - la surveillance en cours et future (contenu et rythme des consultations).

Le dossier est indispensable, y compris pour les personnels ayant un dossier médical au comité médical départemental ou à la commission de réforme.

Ce document doit être complété et retourné **par courriel** :

- à la Direction des services départementaux de l'Éducation Nationale de la Meuse - Pôle 1er Degré :

dsden55-dpe@ac-nancy-metz.fr

- au service de médecine de prévention: ce.medecine-prevention@ac-nancy-metz.fr

Les **pièces médicales** doivent être envoyées **par courrier** sous pli confidentiel au service de médecine de prévention :

Service Médecine de Prévention du Rectorat
Rectorat de l'académie de Nancy-Metz
2 rue Philippe de Gueldres
C.O. N°30013
54035 NANCY Cedex

pour le 02 mars 2020, délai de rigueur.

**MOUVEMENT DES ENSEIGNANTS DU 1^{ER} DEGRE
DEMANDE DE PRIORITE DANS LE CADRE DU HANDICAP
FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

NOM : _____ NOM de naissance : _____

Prénom : _____ 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° de téléphone (pour prise de contact par le médecin) : _____

SITUATION FAMILIALE SUCCINTE :

PROFESSION DU CONJOINT : _____

LIEU D'EXERCICE DU CONJOINT : _____

NOMBRE D'ENFANTS A CHARGE DE - DE 20 ANS au 1^{er} septembre de l'année scolaire en cours OU HANDICAPE :

VŒUX D'AFFECTATION :

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



MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE



Service médecine de
prévention

Dossier suivi par
docteur Sophie Dietsch
docteur Valérie Hauvy
docteur Agnès Marchal

Téléphone : 03 83 86 20 72
Fax : 03 83 86 23 93
Mél.: ce.medecine-
prevention@ac-nancy-metz.fr

2 rue Philippe de Gueldres
CO n° 30013
54035 NANCY Cedex

Standard : 03.83.86.20.20

Accueil du public du lundi au
vendredi de 8h30 à 11h30 et
de 13h30 à 16h30

NOM : _____

NOM de famille : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

PARTIE RESERVEE AUX MEDECINS
DE PREVENTION

AVIS DU MÉDECIN DE PRÉVENTION

Vœu concerné par la mutation :

La raison médicale invoquée concerne :

intéressé(e) conjoint enfant à charge

Reconnaissance du handicap : RQTH

OUI **NON** **Demande en cours**
intéressé(e) conjoint enfant à charge

Commentaires des médecins de prévention:

(*) cocher la case correspondante

Signature des médecins de prévention