



Demande d'affectation prioritaire au titre du handicap

☞ Cette Annexe concerne les agents sollicitant une demande d'affectation prioritaire en raison :

- de leur qualité de bénéficiaire de l'obligation d'emploi,
- du handicap de leur conjoint,
- du handicap ou de la maladie exigeant un suivi médical particulier d'un enfant

Seuls seront bonifiés les vœux susceptibles d'apporter une réelle amélioration dans les conditions de vie et d'exercice de l'intéressé(e).

Important : Il n'est pas possible de cumuler sur un même vœu cette bonification (1000 points) et la bonification accordée aux titulaires de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (100 points).

Parallèlement à cette demande, **les agents prendront rendez-vous dès que possible avec le secrétariat de médecin de prévention de leur département** (se munir de la copie du dossier médical lors de l'entretien).

Médecins :

Ardèche :	M ^{me} le Dr Mailhes	☎ 04 75 66 93 38
Drôme :	M. le Dr Hamel – Dr Cluze	☎ 04 75 82 35 68
Isère :	M. le D ^r Currenti	☎ 04 76 74 72 28
Savoie :	M ^{me} le D ^r Garino-Legrand	☎ 04 79 69 96 76
Haute-Savoie :	M ^{me} le D ^r Nodet	☎ 04 50 88 47 07

Composition du dossier :

- ☐ Fiche de demande d'affectation prioritaire au titre du handicap
- ☐ Lettre motivant la demande
- ☐ Document attestant de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
- ☐ Documents médicaux relatifs à la pathologie (compte rendu médical, dernières ordonnances de moins de 3 mois)
- ☐ Tout Justificatif attestant que la mutation demandée améliorera les conditions de vie de la personne
- ☐ S'agissant d'un enfant non reconnu handicapé mais souffrant d'une maladie grave :
Toutes les pièces concernant le suivi médical notamment en milieu spécialisé.

Formulaire de demande d'affectation prioritaire au titre du handicap

✉ Fiche à joindre au dossier à renvoyer au plus tard le **lundi 31 mars 2025**

par courriel à l'adresse ce.sms@ac-grenoble.fr ou par courrier postal uniquement en recommandé avec accusé de réception
au Rectorat de Grenoble, SMS – 7 place Bir-Hakeim, CS 81065 - 38021 Grenoble cedex 1.

NUMEN :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse personnelle :

Tél/mél :

Position actuelle : ☐ Activité ☐ Détachement ☐ Disponibilité ☐ Congé parental ☐ Autre situation

Corps / grade / discipline ou spécialité :

Situation familiale : ☐ Célibataire ☐ Marié ☐ Vie maritale ☐ PACS ☐ Séparé ☐ Divorcé ☐ Veuf(ve)

Nombre d'enfants mineurs à charge :

Situation professionnelle du conjoint : ☐ Activité professionnelle ☐ Demandeur d'emploi

Département et/ou commune d'exercice :

Votre situation professionnelle :

☐ Titulaire du poste :

✉ Etablissement à titre définitif 2024-2025 :

☐ Affecté(e) à titre provisoire : ☐ Etablissement ☐ Zone de remplacement

✉ Etablissement d'exercice à titre provisoire 2024-2025 :

☐ Stagiaire :

✉ Etablissement d'exercice à titre provisoire 2024-2025 :

Partie réservée à la commission médicale – AVIS :

☐ FAVORABLE

☐ NON PRIORITAIRE

Date et signature du SMS :

Cette partie sera remplie lors de la commission médicale et transmise à la DPE pour calcul du barème