

PHASE INTER – ACADÉMIQUE

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Fiche à joindre au dossier médical et à retourner pour le 03 décembre 2021 à l'adresse mail ci-dessous :

[ce.medecine-prevention@ac-nancy-metz.fr](mailto:ce.medecine-prevention@ac-nancy-metz.fr)

PERSONNEL CONCERNÉ :                      Mme              M.              (Entourer la mention utile)

NOM D'USAGE : .....

NOM DE NAISSANCE .....

PRÉNOM : .....                      DATE DE NAISSANCE : .....

GRADE : .....                      DISCIPLINE : .....

- Stagiaire     Titulaire d'un poste fixe
- Titulaire exerçant des fonctions de remplacement                       Sortie du dispositif « postes adaptés »
- Autre situation (ex : affectation à titre provisoire)

AFFECTATION ACTUELLE :

MODALITÉ :

..... Définitive                     

..... Provisoire                     

ADRESSE PERSONNELLE : .....

.....

N° DE TÉLÉPHONE : (pour prise de contact par le médecin) .....

SITUATION FAMILIALE : .....

PROFESSION DU CONJOINT : .....

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

NOMBRE D'ENFANTS À CHARGE DE – DE 20 ANS au 31.08.2022 .....

NOMBRE D'ENFANTS À CHARGE DE – DE 20 ANS au 31.08.2022 EN SITUATION DE HANDICAP :

.....

**LA RAISON MÉDICALE INVOQUÉE CONCERNE**

- l'intéressé(e)  son enfant  
 son conjoint  autre situation (à préciser)

ÉTAT DES CONGÉS DE MALADIE DE L'ANNÉE EN COURS :

.....

.....

**ÊTES-VOUS BÉNÉFICIAIRE DE LA RECONNAISSANCE DE LA QUALITÉ DE TRAVAILLEUR HANDICAPÉ (RQTH)**

- Vous-même OUI  (1) NON  EN COURS   
Votre conjoint OUI  (1) NON  EN COURS   
Votre enfant a-t-il un dossier MDPH OUI  (1) NON  EN COURS   
ou une situation reconnue en ALD OUI  (1) NON  EN COURS

(1) joindre la pièce justificative

**BENEFICIEZ-VOUS D'UN AMENAGEMENT DE POSTE** OUI  NON

Si oui, lequel :

**D'UNE PRISE EN CHARGE DE TRANSPORTS AU TITRE DU HANDICAP**

OUI  NON

**VOEUX D'AFFECTATION : JOINDRE LA COPIE DU DOCUMENT DE SAISIE SUR SIAM**

SERVICE MÉDECINE DE PREVENTION : avis	
PRIORITAIRE	<input type="checkbox"/>
NON PRIORITAIRE	<input type="checkbox"/>
Observations :	
À Nancy, le Signature	

## Demandes formulées AU TITRE DU HANDICAP / SITUATION MÉDICALE GRAVE

Les demandes d'examen de dossier concernent les personnels titulaires bénéficiaires d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH), leur conjoint bénéficiaire de l'obligation d'emploi ainsi que la situation d'un enfant reconnu handicapé ou gravement malade, ainsi que les personnels atteints d'une maladie grave et non connus de la MDPH.

Vous trouverez ci-dessous la liste des pièces à fournir pour constituer un dossier médical :

- la pièce attestant que vous, ou votre conjoint, entrez dans le champ du bénéfice de l'obligation d'emploi
- une lettre motivant votre demande de mutation inter-académique
- la fiche ci-jointe dûment renseignée
- tous les justificatifs médicaux attestant que la mutation sollicitée améliorera les conditions de vie de la personne handicapée, l'agent lui-même, son conjoint ou son enfant
- un ou des certificat(s) médical(aux) détaillé(s) et récent(s) justifiant la demande de mutation et placé(s) sous pli confidentiel indiquant :
  - le(s) nom(s) de(s) 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).
- s'agissant d'un enfant reconnu handicapé, la notification de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)
- s'agissant d'un enfant non reconnu handicapé mais souffrant d'une maladie grave, toutes les pièces concernant le suivi médical notamment en milieu hospitalier spécialisé.

\*\*\*

Dans tous les cas, outre la constitution de ce dossier médical, vous devez formuler votre demande de mutation sur le plan administratif dans les délais impartis.

Réf. : **BOEN spécial n°6 du 28 octobre 2021** relatif à la mobilité des personnels du ministère de l'Éducation nationale.

\*\*\*

Nous vous remercions d'adresser votre dossier médical **au plus tard le 03 décembre 2021** au service de médecine de prévention du Rectorat de Nancy –Metz : [ce.medecine-prevention@ac-nancy-metz.fr](mailto:ce.medecine-prevention@ac-nancy-metz.fr)

Nous restons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

**Secrétariat du service de médecine de prévention**  
**03.83.86.20.72**  
**ce.medecine-prevention@ac-nancy-metz.fr**