

DOCUMENT B – HANDICAP Mouvement Intra départemental

Rentrée 2021

Rectorat de
Versailles
Service Médical
3, Bd de Lesseps
78017 Versailles
cedex
☎ : 01.30.83.46.71
et 51.91
📠 : 01.30.83.46.64

Dossier de **MUTATION INTRADÉPARTEMENTALE**
Au **TITRE DU HANDICAP** pour les enseignants du premier degré



Réf : BO spécial N° 10 du 16 novembre 2020
Note de service ministérielle du 13-11-2020

Joindre :

- 1) Une lettre de demande explicative
- 2) Un dossier médical documenté (histoire de la maladie et/ou du handicap, diagnostic, traitements, retentissement sur la vie sociale et professionnelle),
- 3) La pièce justificative du statut de BOE – Pour les RQTH la **notification** est obligatoire (la preuve de dépôt à la MDPH ne suffit pas).
- 4) Pour les enfants, un dossier médical documenté.

Date limite de retour du dossier

📅 **Mercredi 16 avril 2021**

Ce dossier est à adresser impérativement à :



ce.ia91.medecindespersonnels@ac-versailles.fr

Nom et Prénom : _____

RENSEIGNEMENTS A REMPLIR PAR L'AGENT (EN LETTRES CAPITALES)

Nom – Prénom : _____

Nom de jeune fille : _____ Né(e) le : _____

Adresse personnelle : _____

☎ : _____ adresse mail : _____

Corps : _____

Date de titularisation : _____

Poste actuel : _____

Stagiaire _____

Titulaire du poste (préciser) _____

Affectation exceptionnelle à l'année (ex : DR) _____

Autre (préciser) _____

Avez-vous déjà obtenu une affectation ou une mutation pour raisons médicales :

Si oui, à quelle date : _____ et dans quel département : _____

Renseignements Familiaux :

Célibataire marié (e) vie maritale PACS divorcé (e) veuf (ve)

Profession du conjoint : _____

Lieu d'exercice professionnel du conjoint : _____

Pourront bénéficier d'un avis médical prioritaire :

- 1 - Les agents reconnus BOE
- 2 - Les conjoints reconnus BOE
- 3 - Les enfants handicapés (ayant un dossier à la MDPH)
ou présentant une pathologie grave nécessitant des soins continus

↗ **La situation des ascendants et des fratries n'est pas prise en compte**

Votre situation concerne :

- L'agent lui-même : reconnu BOE : OUI NON
- Son conjoint : reconnu BOE : OUI NON
- Son enfant (âge : _____) : a un dossier MDPH ou une pathologie grave : OUI NON

Nom et Prénom : _____

Vœux formulés lors de la saisie (Internet):

Rappel : Intra départemental

1	16
2	17
3	18
4	19
5	20
6	21
7	22
8	23
9	24
10	25
11	26
12	27
13	28
14	29
15	30

Fait à : _____ le : _____

Signature :

**OUTRE LA CONSTITUTION DE CE DOSSIER MEDICAL
A RENVOYER A L'ADRESSE INDIQUÉE CI-DESSUS,
N'OUBLIEZ PAS DE FORMULER VOS VŒUX
SUR LE SERVEUR MUTATIONS**