

Annexe 7 : HANDICAP Mouvement Intra départemental

Rentrée 2023

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



Réf : BO spécial du 27 octobre 2022 :
- LDG ministérielles relatives à la mobilité des personnels du MENJS
du 25 octobre 2021 NOR : MENH2131955X

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

📅 **Le 16 avril 2023**

Ce dossier est à adresser impérativement à :



DSDEN de l'Essonne

**Service de médecine de prévention
Boulevard de France – G. POMPIDOU
91000 EVRY-COURCOURONNES**

ou par

Courriel : ce.ia91.medecindespersonnels@ac-versailles.fr

Nom et Prénom : _____

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

Nom – Prénom : _____

Nom patronymique : _____ 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	19
2	20
3	21
4	22
5	23
6	24
7	25
8	26
9	27
10	28
11	29
12	30
13	31
14	32
15	33
16	34
17	35
18	

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**